



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Impact du dosage urinaire des toxiques sur la prise en charge des patients hospitalisés dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix.

Présentée et soutenue publiquement le 8 juin à 14 heures
Au Pôle Recherche.
Par Claire Michalik

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL

Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Laurent URSO

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	: Agence Régionale de Santé
AUDIT-C	: Alcohol use disorders test
BHD	: Buprénorphine Haut Dosage
BZD	: Benzodiazépine
CH	: Centre Hospitalier
CPP	: Comité de Protection des Personnes
CNIL	: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSAPA	: Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
HDJ	: Hôpital De Jour
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INPES	: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
J0 et J2	: Dosage urinaire réalisé le jour de l'entrée et à 48 heures de l'entrée
MCO	: Médecine Chirurgie Obstétrique
OFDT	: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
RDV	: Rendez-vous
RSA	: Revenu de Solidarité Active
RTU	: Recherche des Toxiques Urinaires (langage courant hospitalier pour parler du dosage urinaire à la recherche des substances telles que les benzodiazépines, opiacés, la cocaïne, le cannabis, la méthadone, les amphétamines).
SCAM	: Sortie Contre Avis Médical
SFA	: Société Française d'Alcoologie
SPA	: Substances Psychoactives
SSR	: Soins de Suite et de Réadaptation
TSO	: Traitement de Substitution aux Opiacés

VISA : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale à orientation addictologique de l'association VISA, antérieurement nommée Vivre l'Insertion Sans Alcool

« On doit avant tout, si l'on veut véritablement conduire quelqu'un à un lieu précis, faire attention à le rencontrer là où il se trouve, et commencer là. Ceci est le secret de tout art qui vise à aider son prochain. »

Sören Kierkegaard

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	10
INTRODUCTION	12
1/ Qu'est-ce que l'addiction et l'addictologie.....	12
2/ Les données générales.....	13
2.1 Définitions.....	13
2.2 Nombres de consommateurs en France.....	15
2.3 Données sur la population en métropole Lilloise.....	19
3/ Qu'est-ce qu'une Recherche des Toxiques Urinaires.....	20
3.1 Recherche des Toxiques Urinaires au Centre Hospitalier de Roubaix.....	20
3.2 Autres Tests.....	21
3.3 Durée de positivité des drogues.....	22
4/ Recherche d'un cadre médico-légal de prescription des RTU.....	23
4.1 Dépistage en milieu professionnel.....	23
4.2 Dans le cadre des Traitements de Substitutions aux Opiacés.....	26
5/ Aspects thérapeutiques.....	26
5.1 Définition d'un sevrage.....	26
5.2 Nécessité d'une vision paternaliste de la médecine en addictologie.....	32
5.3 L'importance de la motivation.....	33
6/ L'objectif de l'étude	35
II - MATÉRIELS ET MÉTHODES	37
1/ Description des pratiques courantes dans le Nord Pas de Calais.....	37
2/ Type d'étude.....	38
3/ Critères de jugement.....	38
4/ Population.....	39
5/ Méthode d'investigation.....	40
6/ Construction du questionnaire.....	41
7/ Recueil et circulation des données.....	43
8/ Méthode de recherche des toxiques urinaires.....	45
9/ Analyse statistique.....	45
III - RÉSULTATS	47
1/ Résultats de l'étude sur les pratiques courantes dans le Nord Pas de Calais...	47

2/ Modalités de sélection.....	48
3/ Caractéristiques de la population étudiée.....	50
4/ Profil de consommation.....	54
5/ Description des dosages à J0 et J2.....	56
6/ Impact sur la parcours des soins.....	59
7/ Impact sur le charge de soins.....	61
8/ Impact sur la qualité des soins.....	63
IV - LES LIMITES DE L'ÉTUDE.....	65
1/ Type d'étude.....	65
2/ Biais de recrutement.....	66
3/ Biais de collecte.....	66
4/ Méthode.....	67
5/ Peu d'études antérieures.....	68
V - DISCUSSION.....	69
1/ Caractéristiques de la population.....	69
2/ Les motivations et attentes du sevrage.....	71
3/ L'impact sur le parcours de soins.....	72
4/ L'impact sur la charge de soins.....	72
5/ L'impact sur la qualité des soins.....	73
6/ La pertinence du dosage à J0 et à J2.....	74
VI - POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION.....	78
VII - CONCLUSION.....	79
VIII - BIBLIOGRAPHIE.....	81
IX - ANNEXES.....	86
Annexe 1 : Les 11 critères de la DSM-V de l'APA.....	86
Annexe 2 : Questionnaire sur les pratiques courantes des RTU.....	87
Annexe 3 : Questionnaire de l'étude sur les dosages destiné au patient.....	89
TABLE DES TABLEAUX.....	
Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de SPA en France métropolitaine parmi les 11-75 ans.....	15
Tableau 2 : Types de polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis suivant l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans (en %) en 2014.....	19
Tableau 3 : Echelle de Cushman.....	27
Tableau 4 : Classe d'âge dans les deux groupes.....	50
Tableau 5 : occupation actuelle dans les deux groupes.....	51

Tableau 6 : l'initiative de l'hospitalisation du patient dans les deux groupes.....	53
Tableau 7 : Nombres de consommateurs par substances.....	54
Tableau 8 : Substances à sevrer dans les deux groupes.....	55
Tableau 9 : Les modes de sortie dans les deux groupes.....	59
Tableau 10 : Mode de sortie en fonction d'une RTU positive au cannabis.....	60
Tableau 11 : Nombre de RTU supplémentaires dans les deux groupes.....	62
Tableau 12 : Nombre de patients ayant atteint leur objectif en fonction de RTU positive au cannabis.....	64
Tableau 13 : Genre.....	96
Tableau 14 : Situation conjugale.....	96
Tableau 15 : Evaluation de leur état de santé? (10 en très bonne santé, 0 en très mauvaise santé).....	96
Tableau 16 : Nombre de sevrages en hospitalisation complète.....	97
Tableau 17 : Nombre de services d'addictologie ou de CSAPA déjà fréquentés.....	97
Tableau 18 : Evaluation de leur dépendance à l'alcool (0 pas dépendance, 10 forte dépendance).....	97
Tableau 19 : Evaluation de leur dépendance au cannabis.....	98
Tableau 20 : Evaluation de leur dépendance à l'héroïne.....	98
Tableau 21 : Evaluation de leur dépendance à la cocaïne.....	98
Tableau 22 : Durée du séjour.....	99
Tableau 23 : Événements particuliers.....	99
Tableau 24 : RDV post séjour.....	99
Tableau 25 : Stade motivationnel du patient	99
Tableau 26 : Participation aux activités.....	100
Tableau 27 : Objectif du sevrage atteint.....	100
TABLE DES FIGURES.....	
Figure 1 : Flow Chart de la population étudiée.....	49
Figure 2 : Représentation des dosages du cannabis à J0 et à J2.....	57
Figure 3 : Représentation des dosages de la cocaïne à J0 et à J2.....	57
Figure 4 : Représentation des dosages des opiacés à J0 et à J2.....	58
Figure 5 : Représentation des dosages de la méthadone à J0 et à J2.....	58

RESUME

Contexte : La réalisation du dosage urinaire des toxiques en hospitalisation dans le cadre d'un sevrage en substance psychoactive n'est encadrée par aucun protocole réglementé. Les services ont leurs propres habitudes sur la réalisation de ces dosages. Cette étude va donc évaluer l'impact du dosage urinaire des toxiques sur la prise en charge des patients hospitalisés dans un service d'addictologie.

Méthode : Cette étude est un travail descriptif, observationnel dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix. Les patients inclus ont répondu au questionnaire créé pour l'étude. Deux groupes ont été constitués : un groupe témoin n'a pas eu de dosage urinaire des toxiques à l'entrée, un deuxième groupe a eu un dosage urinaire des toxiques à J0 et à J2 de l'hospitalisation.

Résultats : Au total, 112 patients ont été inclus. Dans les deux groupes, la majorité des patients étaient venus pour un sevrage en alcool, soit 79% des patients (IC 95% [67-89]). Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes concernant le parcours de soin, à savoir : le mode de sortie ($p=0,6881$), la survenue d'évènement particulier ($p=0,19$), la durée de séjour ($p=0,3676$) et la notion d'un suivi après l'hospitalisation ($p=0,0676$). Il en est de même pour la qualité des soins avec la participation aux activités ($p=0,3637$) et l'atteinte de l'objectif initial de sevrage ($p=0,3073$). En revanche, concernant la charge de soins, ne pas avoir eu de dosage urinaire à J0 et J2 entraînait plus de contrôle des toxiques urinaires durant l'hospitalisation ($p=0,0152$).

Conclusion : Le dosage urinaire des toxiques réalisé systématiquement à l'entrée n'apparaît pas comme un facteur prédictif d'amélioration du parcours de soins ni de la qualité des soins. Il est difficile de conclure à un impact des dosages sur la charge

de soins sans avoir plus de données concernant les contextes et les motivations de réalisation des dosages supplémentaire lors de l'hospitalisation. L'étude ne permet pas de proposer un protocole opérationnel sur la réalisation de ces dosages urinaires, mais suggère l'importance de s'adapter au profil du patient, aux substances consommées et à son objectif de sevrage. D'autres études plus poussées semblent nécessaires afin de conforter nos résultats.

INTRODUCTION

1/ Qu'est-ce que l'addiction et l'addictologie :

La notion d'addiction englobe une dimension biopsychosociale. Elle prend en compte la personne et la relation qu'elle entretient avec la substance ou l'objet addictif en s'attachant au comportement plus qu'au produit lui-même.(1)

A. Goodman la caractérise ainsi : *« l'addiction se définit comme une impossibilité répétée de contrôler un comportement, la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives, ce comportement visant à procurer du plaisir ou aider à écarter un mal-être interne. »*(2)

Selon le Dictionnaire des Drogues et des Dépendances de Richard, Senon et Valleur daté de 2004, *« l'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...) mais aussi aux substances qu'il consomme pour « s'automodifier » et aussi aux contextes qui interagissent sur ces conduites (culturel, sociologique, économique...) »*.(3)

L'addictologie se veut une approche pluridisciplinaire centrée sur les conduites humaines d'autostimulation et de recherche de sources de plaisir qui peuvent déterminer de véritables aliénations et des modifications du rapport entre le sujet et le monde. Cette approche doit être également transdisciplinaire de par l'interaction de tous les types d'intervention (l'aide psychologique, l'aide sociale, l'aide médico pharmaceutique).(1)

2/ Les données générales :

2.1 Définitions :

La population des usagers de drogues problématiques est difficile à appréhender. Elle est définie au niveau européen comme l'ensemble des usagers d'opiacés, suivant un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), les usagers de cocaïne, crack et/ou amphétamine, et ceux ayant eu recours à une injection IV au cours du mois. Les chiffres résultent d'enquêtes et sont donc soumis à de possible sous-estimations.(4) L'estimation du nombre d'usagers de drogues est l'un des cinq indicateurs clefs à fournir par chaque État membre régulièrement.(5)

Plutôt que « drogues », c'est le terme de substance psychoactive (SPA) qui est maintenant employé. Ce terme regroupe les SPA licites dont l'usage et la vente sont autorisés comme l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes et illicites dont l'usage, le trafic et la vente sont interdits par la loi, tels que le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne...).(6)

Une SPA est une substance qui agit sur le cerveau en modifiant certaines de ses fonctions, par exemple, la modification de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou du comportement. Ces effets physiques et psychiques sont variables en fonction de la substance consommée, de la dose ou de l'association à d'autres substances.(6)

Avant 2013, l'usage des SPA était classé selon trois niveaux d'usage par l'American Psychiatric Association (APA) (6) :

- L'usage à risque :

Il n'entraîne pas forcément de dommages mais peut comporter des risques dans certaines situations notamment au cours d'une grossesse, en cas de conduite de véhicule ou d'engin professionnel, en cas d'association à d'autres SPA,

- L'usage nocif :

Il se caractérise par un mode de consommation abusif entraînant une altération du fonctionnement ou une souffrance clinique (engendrant des problèmes judiciaires, des problèmes personnels et sociaux, des difficultés à maintenir les activités et obligations du quotidien, l'utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux),

- La dépendance se définit par un mode de consommation inapproprié qui entraîne une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, caractérisée par la présence d'au moins 3 des 7 manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois (la tolérance au produit, le « manque », l'augmentation de la quantité, les efforts pour réduire ou contrôler l'utilisation du produit, l'augmentation du temps à se procurer le produit, la réduction voir l'abandon des activités, la poursuite de l'utilisation du produit malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique).

Aujourd'hui, d'après la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de l'APA, on parle de « conduites addictives à une substance engendrant ou non un trouble (léger, modéré, sévère) »

Le trouble est déterminé par la présence d'au moins deux des onze critères se manifestant sur une période de 12 mois.(7) (Annexe 1 les 11 critères de la DSM-V de l'APA.)

- Trouble léger en présence de 2 ou 3 critères,
- Trouble modéré en présence de 4 à 5 critères,
- Trouble sévère en présence de 6 critères ou plus.

2.2 Nombre de consommateurs en France :

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de SPA en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont 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.

L'enquête « Baromètre Santé de Santé Publique » France 2014 est une enquête transversale menée par téléphone sur des personnes résidant en France (n=15 635).

L'alcool et le tabac restent les deux substances les plus consommées toutes substances confondues.

- L'alcool :

L'estimation chez les personnes ayant un usage dans l'année (au moins une consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête) est de 42,8 millions de personnes parmi les 11-75 ans en France métropolitaine.(8)

Une baisse significative du nombre d'usagers quotidiens d'alcool parmi les 11-75 ans s'est opérée depuis deux décennies, de 24% en 1992 à 10% en 2014.(8)

La mortalité liée à la consommation d'alcool chez les plus de 15 ans est estimée à 49 000 décès en 2009.(9)

133 000 personnes ont été reçues en 2010 dans des centres spécialisés d'addictologie, (10) et 470 000 hospitalisations en 2011 mentionnaient un problème d'alcool (diagnostic principal ou associé).(11)

- Le tabac :

L'estimation chez les personnes ayant un usage dans l'année est de 16 millions de personnes parmi les 11-75 ans en France métropolitaine.(8)

90 000 patients se présentent chaque semaine en médecine ambulatoire pour un sevrage tabagique en 2009.(12)

En 2012, 2,4 millions de fumeurs ont eu recours à des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac.(13)

La mortalité imputable au tabagisme est estimée à 73 000 décès annuels.(14)
(15)

- Le cannabis :

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée avec 17 millions de personnes à l'avoir déjà expérimenté (c'est-à-dire ayant eu au moins une consommation dans la vie).

L'usage du cannabis parmi les expérimentateurs représente 42% des 18-64 ans (avec 50% d'hommes et 33% de femmes).

La consommation de cannabis est en hausse et ce, quel que soit le niveau d'usage et l'âge. En ce qui concerne l'usage dans l'année, la proportion est passée de 8% en 2010 à 11% en 2014. Quant à l'usage régulier, qui correspond à au moins 10 usages durant les 30 jours précédant l'enquête, la proportion est passée de 2,2% à 3,1% entre 2010 et 2014.(8)

Cette augmentation du nombre d'usagers peut être en partie due à l'augmentation de l'offre et de la production de cannabis en France. Notamment du fait de l'auto culture et de la production locale, avec plus de 140 000 pieds saisis en 2013 contre 55 000 en 2010.(16)

En 2010, on estime à 38 200 le nombre de personnes reçues dans une structure d'addictologie pour un problème de cannabis.(10)(17)

En 2011, 499 décès par accident de la route sont liés à un conducteur testé positivement au cannabis.(18)

- La cocaïne :

La cocaïne est la deuxième substance illicite la plus consommée avec 2,2 millions de personnes à l'avoir expérimentée.(8)

Le nombre d'expérimentateurs de cocaïne parmi les 18-64 ans a été multiplié par 4 en 20 ans : 1,2% en 1995, 2,6% en 2005, 3,8% en 2010 et 5,6% en 2014. Pour l'usage dans l'année 1,1% en 2014 contre 0,9% en 2010.(8)

En 2010, le nombre de personnes reçues dans une structure d'addictologie pour un problème de cocaïne est estimé à 6 667.(10)

En 2009, 32 décès seraient en relation avec une surdose en cocaïne.(19)

- L'héroïne :

La prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,5% pour l'ensemble des 18-64 ans. L'usage dans l'année reste très rare : 0,2% des personnes interrogées.(8)

En 2010, le nombre de personnes reçues dans une structure d'addictologie pour un problème d'héroïne ou d'autres opiacés est estimé à 50 000.(10)

En 2009, 226 décès seraient liés à une surdose en opiacés.(19)

- Polyconsommation :

Tableau 2 : Types de polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis suivant l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans (en %) en 2014



Source : Baromètre santé 2014, Inpes, exploitation OFDT

L'association la plus fréquente est « alcool tabac » dans toutes les tranches d'âge. L'association « alcool tabac cannabis » est plus importante chez les 18-25 ans avec 1,9%.(8)

Sur la population des 18-64 ans, la polyconsommation régulière ne concerne que 8,7% des personnes interrogés en 2010.(20)

2.3 Données sur la population en métropole Lilloise :

Le dispositif TREND établit un état des lieux des substances illicites dans différentes villes : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse.(21)

Les opiacés, particulièrement l'héroïne, le cannabis et la cocaïne sont d'un accès très aisé à Lille. Pour les opiacés s'ajoutent les traitements de substitutions hors parcours de soins dans le cas de ventes au marché noir. Pour le cannabis,

l'offre sous forme d'herbe est plus importante que sous forme de résine et les analyses sur ces produits démontrent une hausse du taux de THC.(21)

Les données suivantes émanent des Analyses Régionales du Baromètre Santé de l'INPES de 2010 (en région Nord Pas de Calais des 15-75 ans n=1858).(22)

L'usage quotidien d'alcool touche 12,6% des 15-75.

L'usage quotidien de tabac touche 30,1% des 15-75.

Concernant le cannabis l'usage dans l'année touche 6,3% des 15-75 et l'usage récent 3,6% des 15-75.

L'expérimentation de la cocaïne touche 2,5% des 15-75 ans.

3/ Qu'est-ce qu'une Recherche des Toxiques Urinaires (RTU) :

3.1 RTU au CH de Roubaix :

La RTU réalisée au laboratoire du Centre Hospitalier de Roubaix est une analyse semi quantitative par immuno essai (Antigènes-Anticorps).

Les seuils de positivité de chacun des toxiques sont les suivant :

- Benzodiazépines : 200 ng/ml,
- Cannabis : 50 ng/ml,
- Cocaïne : 300 ng/ml,
- Opiacés : 300 ng/ml,
- Méthadone : 300 ng/ml,

Le coût d'une RTU au Centre Hospitalier de Roubaix est de :

- Benzodiazépines : B70 soit 18.90 euros,
- Cannabis : B90 soit 24.30 euros,
- Cocaïne : B90 soit 24.30 euros,
- Opiacés : B90 soit 24.30 euros,
- Méthadone : B90 soit 24.30 euros.

En sachant que la recherche de benzodiazépines (BZD), de cannabis, de cocaïne, de méthadone et d'opiacés sont toutes faites systématiquement à chaque demande de RTU, cela représente un coût total de 116,10 euros. (Informations fournies par le laboratoire du Centre Hospitalier de Roubaix).

3.2 Autres tests :

Il existe des tests de dépistage rapides qui reposent sur une réaction anticorps-antigène (immuno essai).

Ces tests peuvent rechercher une seule substance (plus sensibles) ou un groupe de substances.

Ils révèlent la présence de la substance mais ne signifient pas forcément que l'individu était sous l'emprise de cette substance au moment du prélèvement.

Des résultats faussement positifs surviennent plus fréquemment en cas de recherche d'amphétamines, moins fréquemment en cas de recherche des opiacés.

En cas de doute, par exemple, un résultat positif alors que la personne affirme ne pas avoir consommé, il faudra le confirmer par une analyse quantitative sur le même échantillon en laboratoire spécialisé (chromatographie en phase gazeuse

avec spectrométrie de masse, chromatographie liquide à haute performance avec spectrométrie de masse ou une spectrométrie de masse en tandem).

Des résultats faussement négatifs peuvent apparaître en cas d'intoxication aiguë (la substance n'est pas encore éliminée dans les urines) ou lors des procédés d'adultération des urines.(23)

Les 3 procédés d'adultération des urines sont les suivants :

- La manipulation « in vivo » consistant à diluer les urines en ingérant une grande quantité de liquide et/ou de diurétiques,
- La manipulation « in vitro » : ce sont des substances qui « désintoxiquent » l'urine (produits domestiques : déboucheur, ammoniac, vinaigre). Il existe aussi des nettoyants urinaires spécifiques contenant du glutaraldéhyde, des nitrites ou du peroxyde,
- la substitution de l'échantillon.(23)

3.3 Durée de positivité des drogues dans les urines :

- La recherche urinaire des canabinoïdes permet de nous donner une indication de la consommation dans les 2 à 3 semaines qui précèdent le prélèvement. On peut les retrouver dans les urines en cas d'usage occasionnel entre 1 et 3 jours et en cas d'usage élevé à très élevé jusqu'à 30 à 40 jours,
- La recherche urinaire des BZD peut nous donner une indication de la consommation dans les 24 à 48h qui précèdent le prélèvement. Elle peut être détectée en cas de consommation modérée jusqu'à 3 jours, et jusqu'à 6 jours en cas de consommation élevée,

- La recherche de cocaïne dans les urines peut être retrouvée entre 1 et 4 jours en cas de consommation modérée et jusqu'à plus de 5 jours en cas de consommation élevée,
- Le dosage des opiacés urinaires peut se retrouver jusqu'à 1 à 3 jours. Afin d'avoir l'identification de la substance il faut faire une analyse de confirmation par chromatographie,
- La méthadone peut être détectée entre 2 et 5 jours.(24)(25)

4/ Recherche d'un cadre médicolégal de prescription des RTU :

Il existe peu de littérature concernant les règles de prescription des RTU en milieu hospitalier ou en ambulatoire.

En revanche, en médecine du travail, on retrouve plus facilement d'études sur ce sujet car le salarié est encadré et en fonction de sa profession soumis à un certain nombre de visites médicales durant sa carrière.

Des règles sont-elles établies sur la pratique des RTU dans ce milieu ?

4.1 Dépistage en milieu professionnel :

4.1.1 Données générales :

L'alcool reste la SPA la plus consommée et la plus problématique en milieu professionnel.

D'après une étude menée en 2005 dans la Loire, le cannabis est plutôt retrouvé chez les jeunes salariés intérimaires.(26)

L'usage de la cocaïne reste très minoritaire en milieu professionnel.(27)

Concernant les médicaments psychotropes, il est difficile de faire la part entre l'usage thérapeutique et l'usage détourné de sa prescription d'origine.

Une étude en mai 2000 sur 2106 sujets relève que près d'une personne sur 3 prend des médicaments en relation avec son travail. Les classes médicamenteuses les plus utilisées sont les anxiolytiques, les hypnotiques et les neuroleptiques.

L'utilisation du médicament signifiait :

- pour 20% des personnes interrogées « être en forme au travail »,
- pour 12% des personnes interrogées « apaiser un symptôme gênant sur le lieu du travail »,
- pour 18% des personnes interrogées « se détendre après une journée de travail(28).

4.1.2 Stratégie de repérage de consommation en SPA :

L'accident du travail (accident mortel, accident de trajet...) reste l'indicateur de santé principal, il est pour autant difficile d'imputer la part des SPA dans les accidents du travail. Il convient d'interroger régulièrement le salarié sur la prise de substance, notamment de médicaments psychotropes. En cas de consommation de SPA, de vérifier s'il existe des consommations associées.(28)

En ce sens, le médecin du travail a un rôle important en addictologie.

4.1.3 Analyse biologique en milieu professionnel :

Le choix de la méthode d'analyse dépend de l'attente du clinicien :

- dépistage : par un test immunochimique. Le résultat indiquera la présence ou l'absence d'une SPA en fonction d'un seuil de positivité (souvent sur des prélèvements urinaires),
- de confirmation : ce sont des méthodes physicochimiques qui permettent d'identifier et de quantifier une ou des molécules psychoactives (sur une analyse sanguine).

La présence dans le sang d'une substance ou d'un de ses métabolites reflète une consommation récente.

L'urine reste le milieu de choix pour rechercher la consommation de SPA.

En pratique dans le cadre d'un dépistage des SPA en milieu professionnel, seul l'analyse urinaire ou le test salivaire sont réalisables (l'analyse sanguine paraît trop invasive, et l'analyse de cheveux trop peu précise).

La décision de pratiquer un dépistage des SPA revient au médecin du travail, mais ne doit en aucun cas être systématique. Elle peut se faire au cours d'une visite médicale en cas de signes d'appel de consommation de SPA.

Comme écrit précédemment, le dépistage relèvera d'un consentement éclairé de la part du salarié.

En cas de résultat positif, il convient d'évaluer et de parler des risques liés à la consommation de SPA avec le patient, de maintenir le poste au travail autant que possible et de l'orienter vers des structures des soins adaptées en cas de pathologie avérée liée aux consommations de SPA.(28)

4.2 Dans le cadre des Traitements de Substitutions aux Opiacés (TSO) :

La seule indication médicolégale pour faire une RTU est la mise en route d'un TSO afin de vérifier la consommation en opiacés par le patient.(29)

En effet, il n'est pas possible d'instaurer un TSO chez un patient « naïf » aux opiacés.

Avant la mise en route d'un TSO, il convient d'analyser les attentes du patient ainsi que sa motivation et ses objectifs et surtout de vérifier cette dépendance aux opiacés au moyen d'une recherche urinaire qualitative (test urinaire de dépistage) des opiacés (morphine, héroïne, opium, codéine, pholcodine), de buprénorphine et de méthadone.(30)

Pour les autres dépendances aux SPA (cannabis, cocaïne, alcool, tabac), où il n'existe pas de traitement de substitution, il ne paraît pas nécessaire de réaliser une RTU chez ces patients.(29)

5/ Les aspects thérapeutiques :

5.1 Définition d'un sevrage :

Un syndrome de sevrage est l'ensemble des manifestations physiques, psychiques et/ou physiologiques survenant à l'arrêt partiel ou total d'une SPA consommée régulièrement en quantité massive ou non. Il signe d'ailleurs une dépendance à la SPA consommée.(31)

Selon l'individu, la nature et le mode de consommation de la SPA, le syndrome de sevrage peut-être plus au moins grave et durer plus au moins longtemps.

Avec l'aide du médecin traitant, de l'équipe du CSAPA ou en hospitalisation, tout patient présentant un trouble lié à l'usage d'une SPA après une évaluation bien conduite (attentes du patient, motivation, objectif, identification des comorbidités) peut réaliser un sevrage, hors contexte, d'urgence en ambulatoire ou en hospitalisation, en fonction d'éventuelles contre-indications.

5.1.1 Le sevrage en boissons alcoolisées :

Des échelles existent pour évaluer la gravité et l'intensité du syndrome de sevrage facilement utilisable comme l'échelle de CUSHMAN.(32)

Tableau 3 : Echelle de Cushman

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

** Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

Score et intensité
 0-7 : minime 8-14 : moyenne 15-21 : sévère

Le syndrome de sevrage survient quelques heures après l'arrêt de l'alcool et peut durer jusqu'à 10 jours.

Il se manifeste par une anxiété, une agitation, une irritabilité, une insomnie, des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleur abdominale), des troubles neurovégétatifs comme des tremblements, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle. Il peut se compliquer d'hallucinations, de signes confusionnels, d'hyperthermie, de crise convulsive, d'un delirium tremens (confusion mentale, tremblements intenses.)

La réalisation du sevrage peut se réaliser en ambulatoire ou en milieu hospitalier en cas de dépendance physique sévère, d'antécédent de convulsion, de délirium tremens, de comorbidités psychiatriques, de précarité sociale ou d'absence d'entourage.

Les benzodiazépines (BZD) qui réduisent l'incidence, la sévérité et les complications du syndrome de sevrage font partie du traitement préventif associées à l'hydratation et la vitaminothérapie (B1, B6, PP).(33)

Il existe trois thérapeutiques qui ont l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la prise en charge du mésusage de l'alcool dont deux dans le maintien de l'abstinence (acamprosate et naltrexone). La troisième est indiquée dans la réduction de la consommation (nalméfène).

Le Baclofène, actuellement en Recommandation Temporaire d'Utilisation, est utilisé après échec des traitements précédents bien conduits dans deux circonstances : l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez des patients dépendants à l'alcool et la réduction majeure de la consommation d'alcool.(34) Il existe de nombreux effets indésirables ce pourquoi il faut un suivi clinique régulier : sédation, épisodes dépressifs, épisodes maniaques, tendance suicidaire et risques de chutes ou traumatismes. Il existe quelques contre-indications : épilepsie non contrôlée, schizophrénie, troubles bipolaires, dépression sévère, insuffisance rénale, cardiaque, pulmonaire ou hépatique sévère, grossesse.(35)

5.1.2 Le sevrage tabagique :

Le syndrome de sevrage survient dans les 24 heures suivant l'arrêt ou la réduction du tabac après un usage quotidien sur plusieurs semaines.

Il associe différents symptômes psychiques et physiques tels que l'irritabilité, l'insomnie, une humeur dysphorique ou dépressive, l'anxiété, des difficultés de concentration, une fébrilité, une diminution du rythme cardiaque, une augmentation de l'appétit avec prise de poids (pour parler de syndrome de sevrage il faut être en présence d'au moins 4 de ces symptômes).(36)

Les Traitements Nicotiniques de Substitution (TNS) sont recommandés en première intention : 1 patch de 7 mg de nicotine pour 10 cigarettes consommées. Il est possible d'associer les formes orales au patch transdermique pour une meilleure efficacité. L'aide psychologique par le biais des Thérapies Cognitivo-Comportementale est efficace et peut y être associée. En cas d'échec des TNS bien conduits, il existe la Varénicline et le Bupropion. Les données sur les risques de ces deux traitements sont contradictoires.(37)

La cigarette électronique rencontre de nombreux utilisateurs : 6% de la population des 15-75 ans soit 3 millions de personnes d'après les données du Baromètre Santé de l'INPES réalisé en 2014. Elle ne fait pas l'objet d'une prescription médicale et il n'y a pas d'étude à ce jour permettant de la recommander.(38)

5.1.3 Le sevrage en cannabis :

Il survient environ 1 semaine après l'arrêt du cannabis d'un usage régulier (au moins 10 consommations dans le mois.)

Le syndrome de sevrage au cannabis est identifié par la présence d'au moins 3 des symptômes suivants : irritabilité, trouble du sommeil, diminution de l'appétit ou perte de poids, fièvre, humeur dépressive, nervosité et une manifestation somatique telle que les tremblements, des douleurs abdominales, une transpiration, de la fièvre, des frissons ou des céphalées.(39)

Il n'existe pas de traitement de substitution pour le cannabis.

5.1.4 Le sevrage en cocaïne :

Il se manifeste quelques jours après l'arrêt de la substance et peut durer jusqu'à 10 semaines, par une asthénie, une dysphorie, une anhédonie, une dyssomnie et peut prendre la forme d'un syndrome dépressif.(40)

Il n'existe pas actuellement d'antagonistes médicamenteux de la cocaïne, ni de traitement substitutif reconnu et validé.

Il existe des médicaments hors Autorisation de Mise sur le Marché :(41)

- N-Acétylcystéine peut être utilisée pour gérer et réduire le syndrome de sevrage,
- Topiramate et Disulfirame peuvent être utilisés dans la prévention de la rechute.

5.1.5 Le sevrage aux opiacés :

Les indications devant amener à un sevrage hospitalier sont :

- la consommation concomitante de BZD ou autres psychotropes,
- la consommation massive d'alcool,
- les troubles graves de la personnalité,
- les antécédents psychiatriques,
- une maladie intercurrente,
- l'absence de soutien psychologique et la désinsertion sociale.

Le sevrage se manifeste par des larmoiements, une agitation, des lombalgies, une hyperalgésie, une hypersudation, une rhinorrhée, une accélération du transit, une mydriase bilatérale accompagnée de symptômes psychiques telles que l'anxiété, l'irritabilité, la recherche compulsive du produit, l'insomnie, la dépression...

Pour l'héroïne, les symptômes de sevrage apparaissent après 6 à 12 heures, et augmentent d'intensité jusqu'au 3^{ième} jour puis régressent 8 jours après l'arrêt.

Pour les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine), l'élimination étant plus longue, les symptômes apparaissent plus tardivement et durent dans le temps. Ceux sont plutôt des manifestations d'ordre psychique à type d'anxiété, d'insomnie et d'asthénie.(40)

5.1.6 : Le sevrage en benzodiazépines :

Le syndrome de sevrage peut apparaître après un usage régulier de BZD de plus de 3 mois. Il survient entre 1 et 10 jours après l'arrêt de celle-ci, en fonction notamment de la demi-vie de la BZD concernée. Les manifestations sont généralement à type d'anxiété, d'irritabilité, de douleurs diffuses, d'insomnie, de

troubles digestifs jusqu'à dans les formes plus graves une crise comitiale, un délire psychotique ou des hallucinations.(40)

5.2 Nécessité d'une vision paternaliste de la médecine en addictologie ? :

En addictologie, l'approche est essentiellement axée sur l'entretien motivationnel. Or, la RTU, suggère une approche directive à l'image du paternalisme.

Ainsi, dans une société libérale, le consentement est une base minimale du respect d'autrui et d'un corps de valeur bien identifiée.(42)

Le paternalisme médical considère qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas à cet égard être considéré comme norme de référence de la décision.

Deux courants d'éthique médicale cohabitent : l'un axé sur les valeurs traditionnelles, l'autre axé sur l'émergence des principes libéraux.(43)

Le paternalisme porte plutôt atteinte au principe d'autonomie de la personne qu'au principe de liberté.

La justification du paternalisme médical est cependant d'ordre instrumental : il affirme d'une part que le médecin est la personne la plus compétente pour réaliser le bien être du patient, d'autre part que le patient est dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même.(44)

« Au sens exact du terme, le patient n'est plus clair en lui-même car entre lui-même observant son mal, et lui-même souffrant de son mal s'est glissé une opacité parfois même un obscurité totale, tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant ».(45)

En définitive, le paternalisme médical se justifie par une double capacité à prendre en charge de la meilleure manière possible l'intérêt du patient et à accroître la conscience morale de la profession. Il existe une inégalité entre le médecin et le malade et cette inégalité est la base rationnelle d'un rapport naturellement hiérarchique : faiblesse et passivité du malade, puissance et responsabilité du médecin.(46)

5.3 L'importance de la motivation :

Les approches thérapeutiques centrées sur la motivation présentent des résultats sur l'évolution de la consommation d'alcool favorables par rapport aux approches plus directives.(47)

En effet il existe nombre d'études montrant une bonne concordance entre les différents stades motivationnels et l'évolution de la consommation, des attitudes et même des croyances envers l'alcool à court et long terme.(48)

Les différents stades motivationnels relatifs à l'arrêt d'une SPA sont définis par le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente depuis 1982.

Ce sont les différentes étapes des modifications de comportement vécues par le patient avant d'envisager le sevrage d'une SPA :

- Pré intention (ne se sent pas concerné),
- Intention (pense à arrêter),
- Prise de décision (planifie l'arrêt),
- Action (arrêt),
- Maintien,
- Rechute.

Ce modèle suppose que le soignant repère ce stade et adapte son mode d'intervention en fonction de ce stade motivationnel.(49)

Il est important de faire comprendre au patient et au soignant que l'abstinence n'est pas une finalité obligatoire. L'objectif peut être de modifier son mode de consommation et /ou de réduire ses consommations.

Ainsi en addictologie, le soignant ne doit pas être en position d'autorité et de prescripteur. Afin d'établir une bonne alliance thérapeutique avec son patient, son attitude doit reposer sur l'empathie, le développement des contradictions, l'encouragement de l'auto-efficacité et l'accompagnement des résistances.(50)

6 / L'objectif de l'étude :

Nous nous sommes intéressés à l'impact du dosage urinaire des toxiques sur la prise en charge des patients hospitalisés dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix.

En quoi le dosage des toxiques urinaires est-il pertinent sur la qualité et l'efficacité des soins ?

Il y a peu de littérature sur les pratiques des RTU dans les services d'addictologie car ce dosage relève des soins courants.

Cette étude va nous aider dans la réflexion sur les RTU réalisées systématiquement à l'entrée de chaque patient en hospitalisation.

Actuellement dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix, ce dosage est réalisé à J0 et à J2 soit une RTU le jour de l'entrée et une seconde à 48 heures de l'hospitalisation.

Une réflexion d'équipe est en cours :

- La RTU sert-elle à rassurer l'équipe soignante ? Le dosage à J0 permet à l'équipe soignante d'avoir un reflet de la consommation du patient à son entrée et de servir de base en cas de nouvelle RTU durant l'hospitalisation. Il permet aussi de confronter le discours du patient à un paramètre objectif (relation de confiance soignant/soigné).
- La RTU sert-elle de cadre au patient et à l'impliquer dans sa démarche de sevrage ?
- La RTU étant faite systématiquement nous ne nous posons plus la question de l'accord du patient.

Nous avons également essayé de savoir si les dosages à J0 et J2 sont réellement pertinents.

En effet lors du dosage à J2 la plupart des substances ne sont plus identifiable, sauf en cas de consommation massive le jour de l'hospitalisation voir la veille.

Tous les services d'addictologie n'ont pas les mêmes pratiques à ce sujet : certains font des dosages, d'autres non. Le but de cette étude est de répondre de manière la plus rationnelle possible en émettant l'hypothèse d'éviter le dosage systématique.

II – MATÉRIELS ET MÉTHODES

1/ Descriptions des pratiques courantes dans le Nord Pas de Calais :

Nous avons réalisé une étude en parallèle dont le critère de jugement principal est de connaître les pratiques courantes sur la réalisation des RTU dans les différents services d'addictologie du Nord Pas de Calais.

C'est une étude descriptive observationnelle prospective multicentrique.

Elle s'est déroulée entre fin mars 2017 et mi-mai 2017.

La circulation des données a été faite par le biais d'un court questionnaire réalisé avec l'aide de Google Forms® (Annexe 2)

Celui-ci a été transmis par mail à tous les chefs de service avec l'aide de l'association Eclat-Graa, soit 24 services qui sont les suivant : CH Lens, CH Avesnes, CH Arras, CH Ternois, CH Bapaume, CH le Cateau, CH Carvin, CH Seclin, CH Dunkerque, CH Hazebrouck, CH Saint-Omer, CH Montreuil, CH Saint-Amand, CH Sambre Avesnois, CH Tourcoing, CH Somain, CH Zuydcoote, CH Hénin Beaumont, CH Boulogne, CHRU Lille, CH Felleries Liessies, CH Calais, CH Douai, CH Valenciennes.

Eclat-Graa est une association qui fédère des structures et leurs acteurs travaillant dans le champ de la tabacologie et de l'alcoologie dans le cadre des conduites addictives dans le Nord Pas de Calais.(51)

Le questionnaire était composé de 19 questions (annexe 2).

Il reprenait des informations telles que :

- Le niveau des services (1, 2 ou 3),
- La fonction du service (MCO, psychiatrie, SSR, MCO et SSR, psychiatrie et MCO, MCO psychiatrie et SSR),
- Le nombre de lits en hospitalisation conventionnelle, en HDJ, en SSR,
- Le nombre de consultations par an par l'équipe de liaison,
- La réalisation ou non d'une RTU de façon systématique, si oui à quel moment et par quelle méthode,
- Si une réflexion par l'équipe soignante a été faite au sujet des RTU,
- La notion de sortie suite à une consommation de produits illicites lors de l'hospitalisation, entraînant ou non un arrêt de suivi du patient.

2/ Type d'étude :

Quant à notre étude qui porte sur les dosages urinaires des toxiques dans le service d'addictologie du CH de Roubaix, celle-ci est descriptive, rétrospective, observationnelle, mono centrique.

3/ Critères de jugement :

L'objectif principal était d'évaluer l'impact du dosage urinaire des toxiques sur la prise en charge des patients hospitalisés dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix.

L'objectif secondaire était de déterminer si le dosage urinaire à J0 et/ou J2 sont pertinents.

4/ Population :

Roubaix compte 95 866 habitants (en 2013).

D'après les sources de l'INSEE 2011, la zone de proximité Roubaix-Tourcoing compte 271 448 personnes âgées de 15 à 64 ans, avec 189 675 actifs dont 99 485 hommes et 34 427 chômeurs (soit 12,7% de chômeurs) dont 18 746 hommes (2011).(52)

Dans cette même zone de proximité, 1068 hommes et 233 femmes ont recours aux TSO (53) et 1224 hommes et 519 femmes à un traitement de la dépendance à l'alcool.(54)

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix a compté 503 entrées en hospitalisation conventionnelle en 2016 dont 484 entrées directes.

La durée moyenne de séjour pour un sevrage était de 10,9 jours en 2016.

91 000 bilans biologiques ont été réalisés en 2016.

Les patients éligibles étaient tous les patients admis en hospitalisation au Centre Hospitalier de Roubaix dans le service d'addictologie pendant cette période.

Le critère d'inclusion était : tous les patients entrant en hospitalisation dans le service d'addictologie du CH de Roubaix.

Le critère d'exclusion était : les patients déjà inclus lors de la période concernée par notre étude.

5/ Méthode d'investigation :

Nous avons recueilli tous les patients hospitalisés pour lesquels un questionnaire d'admission a été rempli.

Ce questionnaire de 44 questions a été réalisé par le patient (annexe 3).

Nous avons constitué une population témoin qui n'a pas eu de dosage urinaire des toxiques à l'entrée.

Puis un groupe de patients avec un dosage urinaire des toxiques à J0 et à J2.

Nous avons étudié dans chacune des deux populations :

- Les paramètres influençant le parcours de soins :
 - c'est-à-dire le devenir du patient et la durée d'hospitalisation.
 - Pour notre étude, il s'agit de connaître le mode de sortie, la durée hospitalisation, et si un suivi est assuré en post hospitalier,
- Les paramètres influençant la charge des soins :
 - c'est-à-dire la réalisation ou non d'examen(s) complémentaire(s) ou d'acte(s) thérapeutique(s) par le personnel soignant.
 - Pour notre étude, il s'agit de savoir si des RTU supplémentaires ont été réalisées au cours de l'hospitalisation,
- Les paramètres influençant la qualité des soins :
 - c'est-à-dire la capacité du personnel soignant à permettre au patient d'atteindre les résultats de santé souhaités.
 - Pour notre étude, il s'agit de connaître le stade motivationnel du patient, la participation aux activités durant l'hospitalisation, et si l'objectif du sevrage était atteint ou non.

6/ Construction du questionnaire :

Le questionnaire a été établi en reprenant notamment certains items retrouvés dans une étude précédemment réalisée dans le service d'addictologie du centre hospitalier de Roubaix. Elle portait sur l'évaluation des consommations d'alcool après un sevrage hospitalier.

Le contenu des questions était exhaustif dans le but de cibler au maximum les patients en particulier ceux sortis prématurément de l'hospitalisation :

- classe d'âge,
- IMC,
- situation conjugale,
- catégorie socioprofessionnelle,
- antécédents médicaux,
- traitement actuel,
- évaluation subjective de leur état de santé général,
- Test AUDIT-C simplifié (C'est un instrument simple qui permet de repérer les sujets ayant des problèmes d'alcool. La version simplifiée compte 4 questions contre 10 pour la version standard),
- Test Fagerström simplifié (questionnaire permettant de mesurer la dépendance à la nicotine composé de 2 questions pour la version simplifiée versus 6 pour le standard),
- Le nombre de consommations par semaine pour le cannabis, l'héroïne, la cocaïne et les médicaments utilisés de façon abusive,
- Le moment de leur dernière consommation,
- La perception de leur dépendance aux différents toxiques,

- Les antécédents de sevrage hospitalier, en hôpital de jour, en ambulatoire,
- Le nombre de services d'addictologie ou de CSAPA fréquentés,
- L'objectif à la sortie vis-à-vis des différents produits,
- Leur projet de bénéficier de l'hôpital de jour ou d'une post cure,
- Les facteurs à l'initiative de l'hospitalisation,
- Le stade motivationnel,
- Les bénéfices liés à l'hospitalisation :
 - Bénéficier d'un soutien psychologique
 - Régler des problèmes administratifs
 - Améliorer des difficultés professionnelles
 - Améliorer des difficultés avec l'entourage
 - Retrouver un logement
 - Accéder à des soins addictologiques
 - Accéder à d'autres soins

Ce questionnaire étant un questionnaire de soins courants nous n'avons pas eu l'obligation de demander l'avis auprès du CPP et de la CNIL.

Le questionnaire était rendu anonyme une fois toutes les informations recueillies, grâce à un identifiant, déterminé selon la méthode suivante: 3 premières lettres du nom suivies de la première lettre du prénom.

Le questionnaire était composé de questions à choix multiple, à choix unique, à réponses courtes et à réponses basées sur des échelles numériques (questions pour évaluer la dépendance).

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide de Google forms®.

7/ Recueil et circulation des données :

L'étude s'est déroulée entre septembre 2016 et janvier 2017.

Le patient remplissait seul le questionnaire sur la version papier. Le questionnaire restait dans le dossier jusqu'à ce que le patient sorte afin d'ajouter la date de sortie, les événements particuliers au cours de l'hospitalisation et le mode de sortie.

Un événement particulier correspondait à la consommation de SPA pendant le séjour, un patient qui s'ennuyait (ne trouvant pas de bénéfice à l'hospitalisation) ou une décompensation somatique aigüe.

Une fois le résultat biologique obtenu, celui-ci était imprimé, rendu anonyme avec le même identifiant puis agrafé avec le questionnaire.

L'ensemble était mis dans une bannette prévue à cet effet intitulée 'thèse CLAIRE'.

L'investigateur principal (Claire Michalik) a récupéré les questionnaires tous les 15 jours.

Pour les données non présentes par le biais du questionnaire, l'investigateur principal les a recueillies à partir du courrier de sortie ou du dossier de soins : la participation aux activités durant l'hospitalisation, l'indication ou non d'un suivi après l'hospitalisation.

Avec l'aide des secrétaires et des psychologues du service d'addictologie du CH de Roubaix, il a été possible de savoir si le patient s'était rendu aux rendez-vous

ou s'il s'était excusé. Les CSAPA de Roubaix, Tourcoing, Villeneuve d'Ascq et Douai ont été également contactés pour avoir ces mêmes informations.

Une fois l'ensemble des données recueillies, les informations étaient rendues anonymes.

Le questionnaire version papier était retranscrit avec l'aide du site Google forms® sur l'ordinateur de l'investigateur principal.

Une feuille de calcul Excel® était extraite puis les données non présentes sur le questionnaire étaient ajoutées manuellement :

- La durée de séjour,
- Le nombre de RTU pendant l'hospitalisation,
- Le coût total des RTU durant l'hospitalisation,
- Le résultat des RTU,
- Si la RTU était positive au cannabis,
- Si l'objectif du sevrage était atteint,
- La participation aux activités,
- La présence d'un RDV post hospitalisation,
- Le type de RDV,
- Si le RDV était honoré ou excusé.

8/ Méthode de recherche des toxiques urinaires :

La recherche des toxiques urinaires (RTU) réalisée au laboratoire du Centre Hospitalier de Roubaix est une recherche semi-quantitative par immuno essai (Antigènes-Anticorps) de la société SIEMENS® réalisée sur un automate de la marque VISTA®.

A la demande des professionnels de santé, l'analyse de tous les toxiques est systématiquement faite à savoir : benzodiazépines, cannabis, cocaïne, opiacés et méthadone.

9/ Analyse statistique :

La saisie des données a été réalisée sous le logiciel Microsoft Excel®.

L'analyse statistique a été réalisée sous le logiciel R version 3.3.3.(55)

Les variables quantitatives étaient décrites grâce à leurs paramètres de position (moyenne et quantiles) et de dispersion (écart-type et intervalle interquartiles). L'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne était calculé grâce à la loi de Student.

Les variables qualitatives étaient décrites par l'effectif et la proportion pour chaque catégorie. L'intervalle de confiance à 95 % de chaque proportion était calculé grâce à la loi binomiale.

Des analyses descriptives stratifiées sur les variables RTU à J0 et à J2, le stade motivationnel, le mode de sortie, l'objectif atteint ont été effectuées.

La comparaison de moyennes était réalisée à l'aide d'un test de Student ou d'une ANOVA. Des tests de rangs (Wilcoxon-Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis) étaient réalisés si les conditions d'application de ces tests n'étaient pas remplies.

La comparaison de proportions était réalisée à l'aide d'un test du exact de Fisher ou d'un test du Chi carré, lorsque les conditions d'application étaient remplies et que le test de Fisher n'était pas réalisable.

Les Tests étaient considérés comme significatifs lorsque $p < 0,05$.

III- RÉSULTATS

1/ Résultats de l'étude sur les pratiques courantes dans le Nord Pas de Calais :

Nous avons récupéré 11 questionnaires pour 24 services contactés.

La majorité des services étaient de niveau 2 soit 90,9%. Les 9,1% restant correspondent au CHRU de Lille

L'activité des services étaient réparties en :

- 45,5% d'addictologie de court séjour seul de MCO
- 27,3% d'addictologie de court séjour de MCO et SSR,
- 27,3% d'addictologie en secteur de Psychiatrie.

36,4% des services réalisaient plus de 1500 consultations par l'équipe de liaison d'addictologie par an, 36,4% entre 500 et 1000 et 27,3% entre 1000 et 15000.

La majorité des services (72,7%) réalisaient une RTU de façon systématique par recherche qualitative principalement (85,7%).

Pour 88,9% cette RTU était faite à l'entrée de l'hospitalisation (n=8).

Un service réalisait la RTU à la consultation de pré admission et non le jour de l'entrée en hospitalisation.

Pour la majorité des services, une consommation de substances hors tabac dans le service entraînait une sortie du patient. Un suivi était proposé au patient en consultation externe ou une orientation vers le CSAPA. Une nouvelle hospitalisation dans la même structure n'était jamais exclue.

Nous allons aborder maintenant la question de la pertinence des dosages urinaires dans la prise en charge des patients hospitalisés dans le service d'addictologie du CH Roubaix.

2/ Modalités de sélection :

Notre étude a porté sur les entrées de septembre 2016 à janvier 2017.

Sur un total de 202 entrées pour cette période, nous avons récupéré 128 questionnaires, et 112 au final ont été inclus pour notre étude.

En ce qui concerne les 16 questionnaires non exploitables :

- Quatre questionnaires étaient insuffisamment remplis,
- Huit questionnaires représentaient des doublons c'est-à-dire des patients hospitalisés une deuxième fois sur la période de l'étude,
- Un questionnaire pour lequel manquait la RTU à J2 car le patient était sorti prématurément à J1,
- Trois questionnaires pour lesquels les RTU avaient été faites à J1 et J2

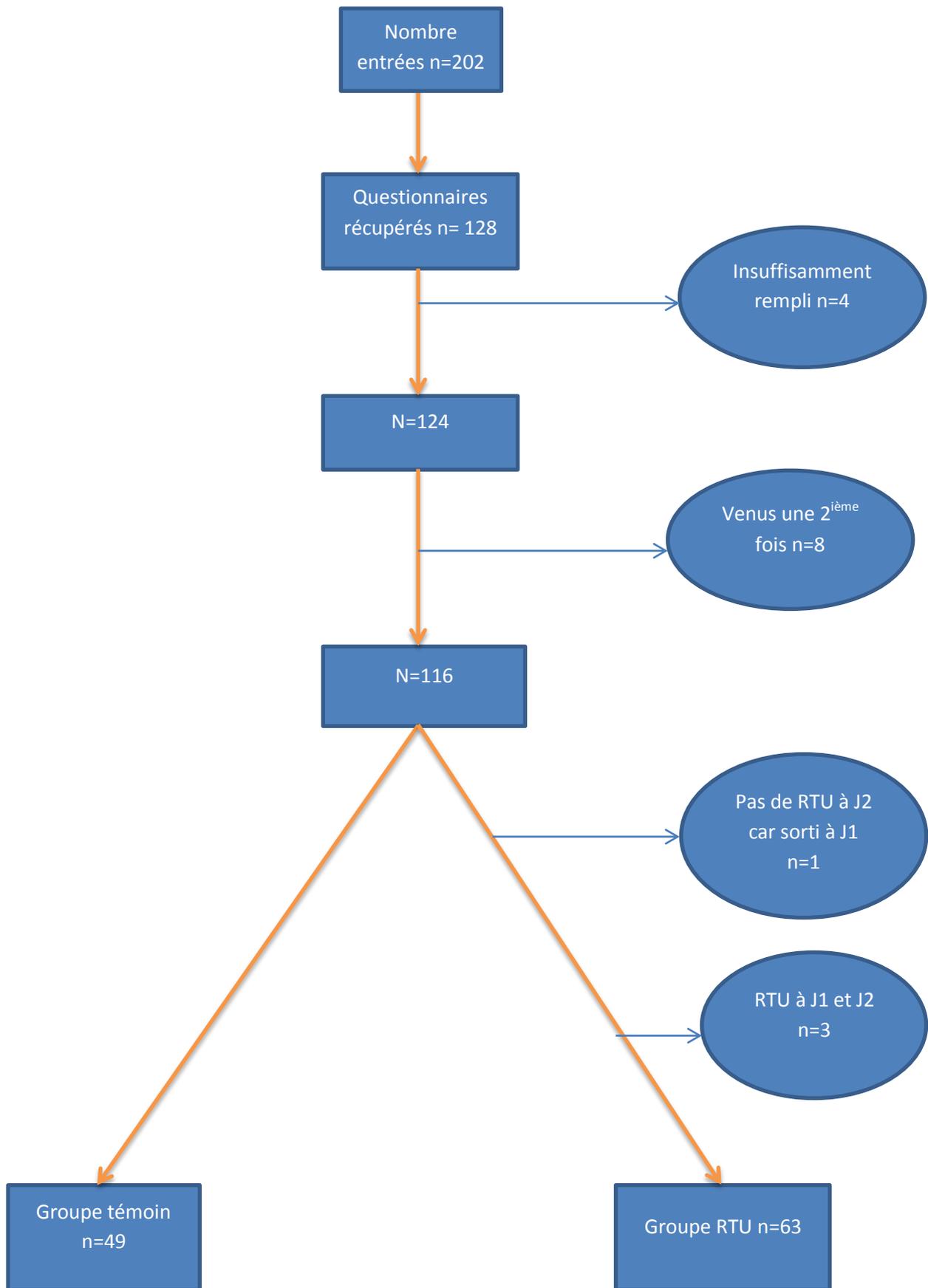


Figure 1 : Flow Chart de la population étudiée

3/ Caractéristiques de la population étudiée :

3.1 Genre :

Dans nos deux groupes il y avait une majorité d'hommes.

Le pourcentage estimé de femmes dans l'échantillon témoin était de 14% [6-27%] (n=7).

Le pourcentage estimé de femmes dans l'échantillon RTU était de 30 % [19-43%] (n=19) (tableau 13).

3.2 Classe d'âge :

La classe d'âge majoritaire dans les deux groupes était 46-55 ans, 37% des patients dans le groupe témoin et 35% dans le groupe RTU.

Tableau 4 : Classe d'âge dans les deux groupes

Age	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
46-55 ans	22	35%	[23%;48%]	18	37%	[23%;52%]
36-45 ans	15	24%	[14%;36%]	15	31%	[18%;45%]
26-35 ans	14	22%	[13%;34%]	9	18%	[9%;32%]
>55 ans	9	14%	[7%;25%]	3	6%	[1%;17%]
18-25 ans	3	5%	[1%;13%]	4	8%	[2%;20%]

3.3 Occupation actuelle ou catégorie socio-professionnelle :

Dans nos deux groupes, la majorité des patients répondaient à la catégorie 'sans profession' pour 76% dans le groupe témoin et 79% dans le groupe RTU.

La catégorie « sans profession » regroupait les patients bénéficiant du chômage, du RSA, en retraite, bénéficiant de l'allocation adulte handicapé, sans droits, bénéficiant d'une pension d'invalidité, bénéficiant de l'allocation solidarité spécifique, en arrêt longue maladie, étudiant (liste par ordre décroissant d'effectif).

Tableau 5 : occupation actuelle dans les deux groupes

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
sans profession	51	82%	[67%;88%]	37	76%	[61%;87%]
en activité non cadre	11	18%	[9%;30%]	11	22%	[12%;37%]
cadre	0	0%	[0%;6%]	1	2%	[0%;11%]

3.4 Situation conjugale :

La majorité des patients des deux groupes étaient célibataires.

Le pourcentage estimé de patients célibataires dans l'échantillon témoin était de 80% [66%-90%] (n=39).

Le pourcentage estimé de patients célibataires dans l'échantillon RTU était de 73% [60%-83%] (n=46) (tableau 14).

3.5 Perception de leur état de santé :

Nous avons demandé aux patients d'évaluer leur état de santé avec l'aide d'une échelle numérique allant de 0 à 10 (0 en très mauvaise santé, 10 en très bonne santé).

Dans nos deux groupes, l'état de santé moyen ressenti était comparable :

L'état de santé moyen sur notre groupe témoin était de 5,49 (écart type=2,08),

L'état de santé moyen sur notre groupe RTU était de 5,11 (écart type=2,56).

L'état de santé médian était de 5 sur les deux groupes respectivement (écart interquartile=3 et 4) pour le groupe témoin et pour le groupe RTU (tableau 15).

3.6 Antécédents d'hospitalisation pour un sevrage et services d'addictologie fréquentés :

Le nombre moyen de sevrages en hospitalisation était comparable dans les deux groupes.

Le nombre moyen de sevrages en hospitalisation sur notre groupe témoin était de 2,6 (écart type=3,57).

Le nombre moyen de sevrages en hospitalisation sur notre groupe RTU était de 2,83 (écart type=3,19).

Le nombre médian de sevrages en hospitalisation sur les deux groupes était de 2 (écart interquartile=3) pour le groupe témoin et (écart interquartile=4) pour le groupe RTU (tableau 16).

Dans les deux groupes, le nombre moyen de services d'addictologie était comparable avec un maximum de 10 services dans le groupe RTU et 8 services dans le groupe témoin.

Le nombre moyen de services d'addictologie fréquentés sur notre groupe témoin était de 1,15 (écart type=1,63).

Le nombre moyen de services d'addictologies fréquentés sur notre groupe RTU était de 1,41 (écart type=2,08) (tableau 17).

3.7 Initiative du séjour :

Pour les deux groupes, les motivations du séjour étaient les mêmes et globalement comparables : en priorité leur santé puis les difficultés avec l'entourage.

Tableau 6 : Ce qui est à l'initiative de l'hospitalisation du patient dans les deux groupes

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
ma santé	49	86%	[74%;94%]	39	85%	[71%;94%]
Difficulté avec l'entourage	29	51%	[37%;64%]	23	50%	[35%;65%]
difficulté professionnelle	12	21%	[11%;34%]	11	24%	[13%;39%]
médecin traitant	8	14%	[6%;26%]	5	11%	[4%;24%]
obligation de soins	6	11%	[4%;22%]	5	11%	[4%;24%]

4/ Profil de consommation :

4.1 Substances consommées :

Après le tabac, les 2 substances les plus consommées dans les deux groupes étaient l'alcool puis le cannabis.

Concernant l'alcool 86% des patients du groupe témoin déclaraient en consommer contre 90% dans le groupe RTU.

Concernant le cannabis, 29% des patients du groupe témoin déclaraient en consommer contre 40% dans le groupe RTU.

Dans le groupe témoin 20% des patients déclaraient consommer de la cocaïne.

Tableau 7 : Nombre de consommateurs par substances dans les deux groupes

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
tabac	56	90%	[80%;96%]	44	90%	[78%;97%]
alcool	52	84%	[72%;92%]	42	86%	[73%;94%]
cannabis	25	40%	[28%;54%]	14	29%	[17%;43%]
médicaments détournés de leur usage initial	10	16%	[8%;28%]	8	16%	[7%;30%]
cocaïne	6	10%	[4%;20%]	10	20%	[10%;34%]
héroïne	4	6%	[2%;16%]	7	14%	[6%;27%]
e-cigarette	0	0%	[0%;6%]	3	6%	[1%;17%]

4.2 Substances à sevrer :

Dans les deux groupes 79% des patients venaient pour un sevrage en alcool.

Tableau 8 : Substances à sevrer dans les deux groupes

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
alcool	50	79%	[67%;89%]	38	79%	[65%;90%]
tabac	21	33%	[22%;46%]	12	25%	[14%;40%]
cannabis	18	29%	[18%;41%]	5	10%	[3%;23%]
cocaïne	5	8%	[3%;18%]	9	19%	[9%;33%]
médicaments						
détournés de leur usage initial	7	11%	[5%;22%]	5	10%	[3%;23%]
héroïne	2	3%	[0%;11%]	6	12%	[5%;25%]
buprénorphine	0	0%	[0%;6%]	1	2%	[0%;11%]

4.3 Évaluation de leur dépendance :

D'après les réponses au questionnaire AUDIT-C simplifié, les patients étaient pour la majorité considérés comme alcoolodépendants avec un score moyen de 8,69/12 pour le groupe témoin et de 8,54/12 pour le groupe RTU.

Sur une échelle de 1 à 10 les patients ont évalué leur état de dépendance vis-à-vis des substances qu'ils consommaient (1 absence de dépendance 10 forte dépendance).

Concernant l'alcool le niveau de dépendance moyen estimé dans le groupe témoin était de 6,83 [5,98-7,69] contre 7,96 [7,22-8,70] dans le groupe RTU (tableau 18).

Parmi les patients déclarant consommer du cannabis le niveau de dépendance moyen estimé dans le groupe témoin était de 5,27 [3,23-7,30] contre 5,04 [3,56-6,52] dans le groupe RTU (tableau 19).

Parmi les patients déclarant consommer de l'héroïne le niveau de dépendance moyen estimé dans le groupe témoin était de 6,14 [3,25-9,04] contre 4,80 [0,2-9,4] dans le groupe RTU (tableau 20).

Parmi les patients déclarant consommer de la cocaïne le niveau de dépendance moyen estimé dans le groupe témoin était de 4,91 [2-6,82] contre 5,17 [3,36-6,97] dans le groupe RTU (tableau 21).

5/ Les RTU à J0 et J2 :

Nous allons détailler les résultats des RTU à J0 et à J2 pour chacune des substances.

5.1 Benzodiazépines :

Le dosage urinaire des BZD n'était pas interprétable car il est difficile de différencier la consommation habituelle du patient avant l'hospitalisation et le traitement instauré dès l'entrée.

5.2 Cannabis :

Aucun résultat négatif à J0 n'était revenu positif à J2.

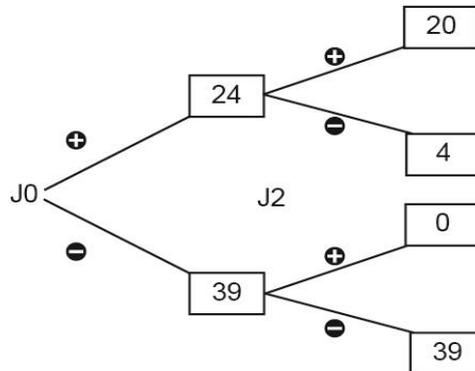


Figure 2 : Représentation des dosages du cannabis à J0 et à J2

5.3 Cocaïne :

Aucun résultat négatif à J0 n'était revenu positif à J2

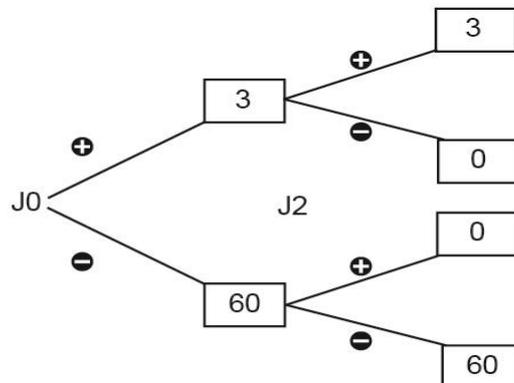


Figure 3 : Représentation des dosages de la cocaïne à J0 et à J2

5.4 Opiacés :

Un résultat était devenu positif à J2. Il correspondait à une prise de sirop antitussif contenant des opiacés.

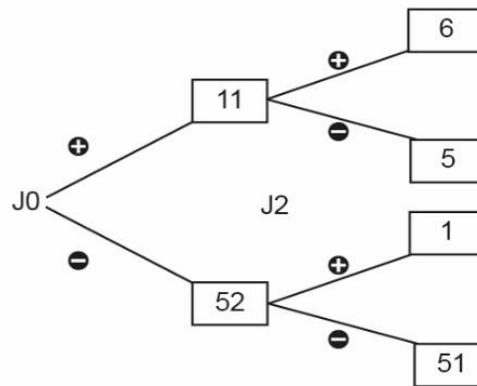


Figure 4 : Représentation des dosages des opiacés à J0 et à J2

5.5 Méthadone :

Deux résultats étaient devenus négatifs. Ils correspondaient à une utilisation de la méthadone en remplacement des opiacés pris habituellement par les deux patients.

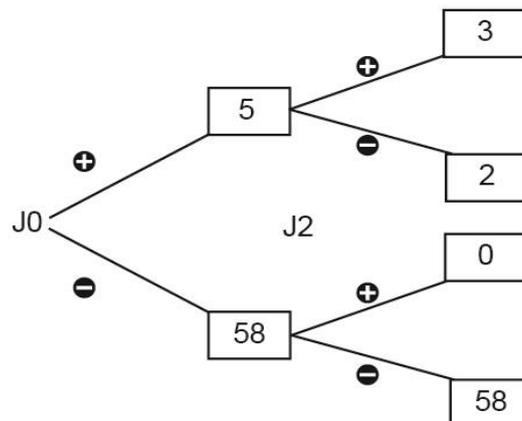


Figure 5 : Représentation des dosages de la méthadone à J0 et à J2

6/ L'impact sur le parcours de soins :

6.1 Le mode de sortie :

Dans les deux groupes, la majorité des patients étaient sortis en « retour au domicile », 53% (n=26) pour le groupe témoin et 54% (n=34) dans le groupe RTU.

La sortie par mesure disciplinaire venait en deuxième motif de sortie pour le groupe témoin avec 14% (n=7) contre 8% dans le groupe RTU, et dans le groupe RTU 21% des patients sortaient par « hôpital de jour » (n=13) contre 12% dans le groupe témoin.

Tableau 9 : Les modes de sortie dans les deux groupes

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
RAD	34	54%	[41%;67%]	26	53%	[38%;67%]
HDJ	13	21%	[11%;33%]	6	12%	[5%;25%]
mesures disciplinaires	5	8%	[3%;18%]	7	14%	[6%;27%]
SSR	4	6%	[2%;15%]	4	8%	[2%;20%]
SCAM	3	5%	[1%;13%]	4	8%	[2%;20%]
visa	4	6%	[2%;15%]	2	4%	[0%;14%]

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre le fait de faire une RTU à J0 et à J2 et le mode de sortie ($p=0,6881$).

En revanche, le fait d'avoir une RTU positive au cannabis entraînait une différence dans le mode de sortie ($p=0,0091$) avec 50% de sortie par mesures disciplinaires (n=8).

Ces patients avaient consommé durant l'hospitalisation. Il y avait donc rupture du contrat avec une sortie du patient.

Tableau 10 : Mode de sortie en fonction d'une RTU positive au cannabis

	RTU positive cannabis		RTU négative cannabis	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
RAD	4	25%	8	73%
HDJ	2	12%	3	27%
mesures disciplinaires	8	50%	0	0%
post cure	0	0%	0	0%
SCAM	1	6%	0	0%
visa	1	6%	0	0%
Total	16	99%	11	100%

6.2 La durée de séjour :

La durée moyenne de séjour dans les deux groupes était relativement comparable 11,57 jours (écart type=3,67) dans le groupe témoin et 12,14 jours (écart type=3,02) dans le groupe RTU (tableau 22).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre le fait de faire une RTU à J0 et J2 et la durée de séjour ($p=0,3676$).

6.3 La survenue d'événement particulier :

Dans le groupe témoin il y a eu un événement particulier pour 20% des patients ($n=10$) contre 11% dans le groupe RTU ($n=7$) (tableau 23).

Pour les 10 patients du groupe témoin : 6 patients avaient consommé du cannabis durant l'hospitalisation, 2 patients étaient sortis pour raison personnelle, 1

patient avait écourté son séjour par ennui, 1 patient avait présenté un épisode de délirium tremens ayant entraîné une semaine d'hospitalisation en réanimation.

Pour les 7 patients du groupe RTU : 3 patients avaient consommé du cannabis, 2 patients de l'alcool, 1 patient avait écourté par ennui, 1 patient avait présenté un problème au niveau des RTU en rapport avec la prise de méthadone.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre le fait de faire une RTU à J0 et J2 et la survenue d'événement particulier durant l'hospitalisation ($p=0,19$).

6.4 RDV post séjour :

La majorité des patients dans les deux groupes repartent avec une date de RDV post hospitalisation soit 64% dans le groupe témoin ($n=30$) versus 80% dans le groupe RTU ($n=48$) (tableau 24).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre le fait de faire une RTU à J0 et J2 et le fait d'avoir un suivi après l'hospitalisation ($p=0,0676$).

Sur les 30 RDV donnés dans le groupe témoin, 22 patients s'étaient présentés à leur RDV et 4 patients s'étaient excusés contre 24 patients présents et 3 excusés dans le groupe RTU.

7/ L'impact sur la charge des soins :

7.1 Les RTU supplémentaires :

Dans le groupe RTU, la majorité des patients n'avaient pas eu de RTU supplémentaires pendant l'hospitalisation soit 68%, alors que dans le groupe témoin la majorité des patients avaient eu une RTU supplémentaire soit 51% des patients.

Tableau 11 : Nombre de RTU supplémentaires dans les deux groupes

Groupe RTU				Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
0	43	68%	[55%;79%]	24	49%	[34%;64%]
1	15	24%	[14%;36%]	14	29%	[17%;43%]
2	4	6%	[2%;15%]	9	18%	[9%;32%]
3	1	2%	[0%;9%]	1	2%	[0%;11%]
4	0	0%	[0%;6%]	1	2%	[0%;11%]

Il existait une liaison entre le fait de faire une RTU à J0 et J2 et le nombre de RTU supplémentaire ($p=0,0152$).

En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre le fait de faire une RTU à J0 et J2 et d'avoir une RTU positive au cannabis sur une RTU supplémentaire ($p=0,2311$).

7.2 Le coût lié au RTU :

Le coût moyen était plus important dans le groupe RTU car les deux RTU à J0 et J2 (soit 232,20 euros) étaient comprises dans le coût total 280,11 euros versus 92,41 euros.

Le coût total des RTU à J0 et J2 sur une année représente : 116 796,60 euros (soit 9733,05 euros par mois).

8/ L'impact sur la qualité des soins :

8.1 Le stade motivationnel :

Plus de la moitié des patients dans les deux groupes était au stade de prise de décision ou de l'action 66% (n=26) dans le groupe témoin versus 76% dans le groupe RTU (n=36) (tableau 25).

8.2 Participation aux activités :

Un programme d'éducation thérapeutique du patient (en cours de validation par l'ARS) existe dans le service d'addictologie du CH Roubaix. L'un des objectifs est l'engagement et l'observance dans des activités spécifiques relatives aux compétences à développer par le patient.

Dans les deux groupes, la majorité des patients participaient aux activités, soit 89% dans le groupe témoin versus 93% (tableau 26).

Il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre le fait d'avoir eu une RTU à J0 et J2 et la participation aux activités (p=0,3637).

8.3 L'objectif du sevrage :

L'objectif était considéré comme atteint lorsque le patient avait fait son séjour entièrement, avait atteint son objectif initial (gestion ou abstention des consommations) et sortait de manière « normale », c'est-à-dire « retour à domicile », « HDJ », « post cure », « foyer VISA ».

La majorité des patients des deux groupes avaient atteint leur objectif 80% (n=39) dans le groupe témoin versus 87% (n=55) dans le groupe RTU (tableau 27).

Parmi les 10 patients n'ayant pas atteint leur objectif dans le groupe témoin, 7 patients étaient sortis par mesures disciplinaires et 3 contre avis médical.

Dans le groupe RTU, parmi les 8 patients n'ayant pas atteint leur objectif, 4 étaient sortis par mesures disciplinaires, 4 contre avis médical.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre le fait d'avoir eu une RTU à J0 et J2 et l'objectif du sevrage atteint ($p=0,3073$).

En revanche, le fait d'avoir une RTU positive au cannabis entraîne une différence significative dans l'objectif du sevrage atteint ($p=0,0030$).

Tableau 12 : Nombre de patients ayant atteint leur objectif en fonction de RTU positive au cannabis

	RTU positive		RTU négative	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Objectif atteint	7	44%	11	100%
Objectif non atteint	9	56%	0	0%

Les 7 patients ayant eu une RTU positive au cannabis au cours de l'hospitalisation et ayant atteint leur objectif avaient fait leur séjour entièrement et étaient sortis normalement : 2 en « HDJ », 4 en « Retour à domicile », 1 était retourné en « CHRS VISA ».

IV LIMITES DE L'ÉTUDE

1/ Type d'étude :

Pour renforcer le niveau de preuve de notre étude, le recrutement aurait pu être plus long afin d'obtenir un échantillon plus important, plus équilibré et apparié en âge et en genre.

Une étude multicentrique aurait pu permettre d'avoir un échantillon de population plus large et ainsi de réduire les particularités et les habitudes propres au service (confer les pratiques concernant les RTU dans les autres services du Nord Pas de Calais.)

2/ Biais de recrutement :

Tous les patients entrant en hospitalisation pour un sevrage dans le service d'addictologie étaient inclus sauf ceux venant une deuxième fois en hospitalisation pendant la période de l'étude.

Sur les 202 entrées pendant la période de l'étude, nous avons recueilli le questionnaire de 63% d'entre elles et inclus plus de la moitié (n=112) soit 55% des entrées.

Le manque de recrutement a pu être lié à :

- Un manque de questionnaire version papier bien que l'investigateur principal venait régulièrement les récupérer et s'assurait d'un nombre suffisant de questionnaires dans la bannette prévue à cet effet.
- Un oubli de la part des soignants de donner le questionnaire au patient par manque de temps ou devant un patient d'emblée plus difficile à prendre charge devant des signes de sevrage marqués à l'admission.
- Un désintérêt de la part du patient à remplir le questionnaire, ou une barrière de la langue ne permettant pas la restitution du questionnaire.

3/ Biais de collecte :

Peu de données n'ont pas pu être collectées car nous les avons récupérées avec l'aide du courrier de sortie et des secrétaires du service.

Concernant les paramètres analysés :

- Stade motivationnel : Il y avait 26 données manquantes dont plus de la moitié des patients étaient sortis de façon adaptée aux objectifs initiaux (HDJ, RAD, post-cure, VISA) et avaient atteint leur objectif (n=24). Les deux autres patients étaient sortis pour mesure disciplinaire et contre avis médical. Nous supposons que cela n'a pas eu d'impact sur nos résultats.
- Participations aux activités : Il y avait 5 données manquantes correspondant aux patients n'ayant pas atteint leur objectif et sortis prématurément pour mesure disciplinaire (n=4) ou contre avis médical.

La durée de séjour étant écourtée, les données sur les activités n'ont pas été renseignées.

- Rendez-vous post séjour : Il y avait 5 données manquantes dont un seul patient n'ayant pas atteint son objectif, sorti pour mesure disciplinaire.

Concernant le mode de sortie, la durée de séjour, la survenue d'un évènement particulier, l'objectif ou le nombre de RTU supplémentaires nous n'avions pas de données manquantes.

4/ Méthode :

Un recueil déclaratif a pour inconvénient qu'il peut contenir des erreurs ou oublis liés au patient.

Cependant le questionnaire a été bien compris au vu du peu de données manquantes. Les questions étaient fermées à réponse unique ou à choix multiples, permettaient une facilité de réponse pour les patients et une meilleure informatisation des réponses.

Concernant les questions qualitatives :

- évaluation de l'état de santé : 1 donnée manquante dans le groupe RTU,
- estimation du niveau de dépendance à l'alcool et au tabac : absence de donnée manquante,
- estimation du niveau de dépendance au cannabis, à l'héroïne et la cocaïne : 2 données manquantes.

Il y avait une bonne corrélation entre le nombre de personnes ayant répondu aux questions sur l'estimation de leur consommation et le nombre de personnes ayant déclaré consommer telle substance.

Le patient avait tendance à répondre honnêtement aux questions qui lui étaient posées, cela fait partie du contrat de soins et établit une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Nos conclusions sont donc extrapolables à la population dans laquelle nous avons tiré notre échantillon.

5/ Peu d'études antérieures :

L'objectif principal de notre étude est peu étudié dans la littérature. La plupart des études existantes traitent du lien entre la motivation et la réussite du sevrage, ou des méthodes les plus adaptées pour réussir son sevrage mais pas de la pertinence d'un test de dépistage urinaire sur la prise en charge du patient.

V DISCUSSION

1/ Caractéristiques de la population :

1.1 Age et genre :

Plus de la moitié des patients de notre étude ont plus de 36 ans : 36% des patients ont entre 46 et 55 ans et 27% des patients ont entre 36 et 45 ans.

D'après les caractéristiques des personnes interrogées pour l'étude NEMO de 2011 (Nouvelle Enquête Multicentrique de l'OFDT, qui est une enquête permettant une estimation locale des usagers de drogues problématique), l'âge moyen toutes villes confondues (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes, Toulouse) est de 35,5 ans.(4)

Notre échantillon se rapproche ainsi des données de la littérature.

La majorité des patients sont des hommes (77%), ce qui correspond aux données de l'étude NEMO de 2011 : 79% d'hommes.(4)

1.2 Substances consommées et profil des consommateurs :

En termes de substances consommées le profil de nos patients correspond aux données de la littérature. En effet, les 3 principales SPA consommées dans notre étude sont l'alcool, le tabac et le cannabis comme retrouvé dans l'étude baromètre santé 2014.(8)

Concernant la consommation régulière de cannabis plus de la moitié des patients de notre échantillon ont plus de 26 ans dont 38,5% ont entre 26 et 35 ans, 25,6% entre 36 et 45 ans et 20,5% entre 46 et 55 ans.

Cela n'est pas en corrélation avec les données de la littérature où les usagers sont plus jeunes : la population des 26-34 ans pour les usagers dans l'année représente 16, 5% et 5% pour l'usage régulier et chez les 18-25 ans 28% pour les usagers dans l'année et 8,5% pour les usagers réguliers.(8)

Les deux principales substances à sevrer dans les deux groupes sont l'alcool pour 79% des patients puis le tabac pour 33 % des patients dans le groupe RTU et 25% dans le groupe témoin. La troisième est le cannabis pour 29% des patients dans le groupe RTU et la cocaïne pour 19% des patients dans le groupe témoin.

Nous avons 50% de l'ensemble des patients de notre échantillon qui viennent pour un sevrage en alcool seul, moins de 3% pour un sevrage en cannabis seul, moins de 1% pour un sevrage en tabac seul.

Concernant la polyconsommation, nous avons 15,2% des patients qui viennent pour un sevrage en alcool et tabac, 5,4% des patients pour un sevrage en alcool, tabac et cannabis, moins de 2% des patients pour un sevrage en alcool et en tabac ou en tabac et cannabis.

Ces données sont en corrélation avec les substances déclarées de notre étude et les données de la littérature.

Du fait de l'approche motivationnelle, pour les patients venant se sevrer en alcool, il n'y aurait donc pas d'indication à leur réaliser une RTU à l'entrée.

1.3 Occupation sociale actuelle :

La majorité de nos patients est en situation de précarité. 77% des patients répondent à la catégorie « autre », dont 32 patients bénéficiant du chômage, 28

patients du RSA, 5 patients sans droits et 2 patients bénéficiant de l'allocation de solidarité spécifique. Cela correspond également aux données de la littérature.

2/ Les motivations et les attentes du sevrage :

Dans chacun des deux groupes, la motivation principale est la santé pour 86% des patients du groupe RTU et 85% des patients du groupe témoin. En deuxième position, les difficultés avec l'entourage pour 51% des patients du groupe RTU. En troisième position les difficultés professionnelles interviennent pour respectivement 21 et 24% des patients du groupe RTU et du groupe témoin.

Cela est concordant avec les données de la littérature. Les patients souhaitent se sentir mieux physiquement et psychologiquement et éviter les complications et conséquences néfastes de l'alcool. (56) Cette préoccupation de la santé est aussi retrouvée pour le tabac (57) et l'héroïne.(58)

C'est peut-être plutôt la santé à long terme qui est recherchée car au vu de nos résultats, l'état de santé moyen perçu par les patients de l'ensemble de notre échantillon est de 5,28 (écart type 2,36) avec plus de la moitié des patients soit 65% exprimant un niveau de santé supérieur ou égal à 5 sur l'échelle numérique (0 en très mauvaise, 10 en très bonne santé). L'évaluation 'en très mauvaise santé' représente 5% de notre échantillon.

3/ Impact sur le parcours de soins :

Concernant les paramètres analysés, à savoir, le mode de sortie ($p=0,6881$), la durée de séjour ($p=0,3676$), la survenue d'événements particuliers durant l'hospitalisation ($p=0,19$) et le RDV post séjour ($p=0,0676$) tous ces résultats ne sont pas significatifs ce qui veut dire que le fait de faire une RTU à l'entrée et à J2 ne modifie pas le parcours de soin du patient.

Ces résultats vont dans le sens de ce qui était attendu initialement.

Il n'est pas possible de les confronter à d'autres travaux car il n'y a pas d'étude sur le sujet. Toutefois, les paramètres analysés intéressent des données objectives et facilement reproductibles. Il serait possible de faire des études de plus grande ampleur afin d'appuyer nos résultats.

4/ Impact sur la charge de soins :

Concernant le nombre de RTU supplémentaire, le résultat est revenu significatif ($p=0,0152$). Dans le groupe témoin, il y a plus de la moitié des patients, soit 51%, qui ont eu au moins 1 RTU. Ainsi, la question sous-jacente est la suivante : ne pas avoir de dosage de base a-t-il incité le personnel médical à demander plus facilement des RTU dans ce groupe de patients ?

Il est difficile d'interpréter ce résultat sans avoir plus d'information sur les motivations et les contextes de réalisation de ces RTU.

La qualité relationnelle est importante dans le traitement de l'addiction et doit être explicitement intégrée dans le processus de soins.(59) Les patients ont besoin d'une équipe pluridisciplinaire compétente dans ce domaine et non pas d'un seul intervenant qui soit disponible et en nombre suffisant.

Réduire les dépenses liées aux RTU réalisées systématiquement permettrait par exemple d'engager du personnel supplémentaire.

5/ Impact sur la qualité des soins :

Concernant les variables activités et l'objectif atteint, les résultats ne sont pas significatifs [respectivement ($p=0,3637$) et ($p=0,3073$)]. Ainsi, le fait de faire une RTU à J0 et à J2 ne modifie pas l'implication du patient dans les activités proposées et n'a pas d'influence sur l'objectif du séjour.

Ces données sont en corrélation avec nos attentes.

En revanche, nous obtenons un résultat significatif entre le fait d'avoir une RTU à J0 et à J2 et le stade motivationnel ($p=0,0369$). La majorité des patients du groupe RTU est au stade de prise de décision soit 55%, alors que dans le groupe témoin la majorité des patients est au stade d'action soit 38%.

Ce résultat ne va pas dans le sens de nos attentes. Il est à interpréter avec prudence car il y a beaucoup de données manquantes qui induisent donc des biais d'interprétation entre le stade motivationnel et ces résultats. ($n=26$)

Dans notre échantillon total, nous avons analysé également le stade motivationnel avec l'objectif du sevrage. Le résultat n'est pas revenu significatif ($p=0,6093$).

Pour la majorité des patients des deux groupes (objectif atteint ou non), les patients étaient au stade de prise de décision 41% versus 50% et au stade d'action 29% versus 31%.

Ce résultat va plutôt à l'encontre de la littérature sur les stades motivationnels et l'évolution de la consommation envers l'alcool.(48)

Toutefois, comme il a été écrit précédemment, il existe beaucoup de données manquantes sur le stade motivationnel. De plus, celui-ci était rempli par le patient alors qu'il doit être le reflet d'une concertation et d'une évaluation avec le personnel médical et paramédical.

6/ La pertinence du dosage à J0 et à J2 :

6.1 Les Benzodiazépines :

Afin d'interpréter au mieux les résultats des RTU et notamment ceux de J0 pour les BZD, il faudrait que celle-ci soit réalisée le plus précocement possible ce qui n'est pas toujours le cas en pratique.

Le patient reçoit d'abord le passage du personnel paramédical, puis de l'externe ou de l'interne supervisé par le praticien hospitalier, ensuite les bilans sont demandés et les thérapeutiques mises en place. En cas de signe de sevrage important, le patient peut recevoir un anxiolytique de la famille des benzodiazépines afin de calmer les effets du sevrage et ce avant la réalisation de la RTU. Ainsi le dosage à J0 n'est pas toujours le reflet de la consommation du patient avant l'hospitalisation.

Or dans notre population, presque la moitié des patients ont un traitement anxiolytique quotidien, soit 46% des patients avec 27 dans le groupe RTU et 24 dans le groupe témoin dont 16% des patients déclarant avoir un usage détourné de leur prescription initiale (10 patients dans le groupe RTU et 8 dans le groupe témoin).

6.2 Le cannabis :

Sur les 25 patients ayant déclaré une consommation de cannabis dans le groupe RTU, 24 résultats sont revenus positifs à J0 ce qui est concordant.

Seuls 3 taux positifs à J2 sont plus augmentés que le taux à J0 pour lesquels la dernière consommation est déclarée à moins de 24 heures.

Parmi les 20 résultats positifs à J2, la majorité estime avoir un fort niveau de dépendance vis-à-vis du cannabis. Pour 75% d'entre eux, soit 15 patients, le mode de sortie est considéré comme « normal » (RAD, HDJ, post cure, VISA). Pour la majorité, la dernière consommation déclarée remonte à moins de 12 heures.

Les 5 autres patients sont sortis pour mesures disciplinaires, dont 3 patients pour consommation de cannabis dans le service, les deux autres pour consommation d'alcool.

6.3 La cocaïne :

Il y a 6 personnes qui ont déclaré une consommation de cocaïne et 3 résultats sont revenus positifs avec un taux à J2 plus bas qu'à J0.

Ces résultats positifs correspondent aux patients qui s'estiment être le plus dépendant (à plus de 5 sur l'échelle numérique d'intensité). Leur dernière consommation remonte entre 13 et 72 heures.

6.4 Les opiacés :

Sur les 4 patients ayant déclaré une consommation d'héroïne dans le groupe RTU, 11 résultats sont revenus positifs à J0 et 52 négatifs. Sur les 6 résultats

positifs à J2, 5 résultats étaient inférieurs au résultat du dosage à J0, les 5 autres résultats sont devenus négatifs.

La consommation d'héroïne n'est peut-être pas toujours déclarée par le patient, ce qui pourrait expliquer en partie nos résultats. A noter que la prise d'antalgique contenant des opiacés peut induire un résultat positif ce qui pourrait être le cas pour 2 des 11 patients aux résultats positifs à J0 qui avaient déclarés prendre un traitement antalgique.

Le seul résultat négatif à J0 et positif à J2 (à 311 ng/ml) correspond à un patient ayant reçu du sirop antitussif à base d'opiacés (Biocalyptol®).

6.5 La méthadone :

Sur les 5 résultats revenus positifs à J0, 2 sont revenus négatifs à J2.

La méthadone est un traitement de substitution aux opiacés pris quotidiennement, les deux résultats négatifs à J2 correspondent à des patients qui utilisent la méthadone en remplacement ponctuel de leurs opiacés habituels.

Les 5 résultats positifs à J2 sont concordants avec le nombre de patient ayant déclaré une prise de méthadone (n=5) dans le groupe RTU.

La concordance entre les déclarations consommées et le nombre de RTU positive amène à penser que le patient venant en hospitalisation pour un sevrage ne va pas omettre de déclarer une consommation et que le soignant peut faire confiance aux déclarations du patient.

Au vu de ces résultats on peut dire que le dosage à J2 n'est pas tellement pertinent et que seul le dosage à J0 réalisé le plus précocement possible est le plus intéressant.

VI POSSIBILITÉ D'AMÉLIORATION

L'idée d'analyser la pertinence d'un dépistage biologique sur la prise en charge du patient est difficile à mettre en œuvre.

Notre recherche a étudié principalement des paramètres objectifs quantifiables ce qui est déjà une première approche concernant l'utilité des RTU.

Il aurait été intéressant pour notre étude d'avoir plus d'information sur la perception par le patient des RTU réalisées à J0 et à J2 et celles réalisées pour suspicion de consommation afin d'étudier le ressenti du patient.

La consommation excessive d'alcool et/ou de manière chronique entraîne des atteintes cérébrales longtemps réversibles à type de troubles cognitifs de nature et d'intensité variables. Ces atteintes sont dominées par des troubles des fonctions exécutives, de la mémoire épisodique, de la motricité et de l'équilibre ainsi que des troubles psychoaffectifs. Ces patients vont avoir des difficultés à prendre conscience des conséquences néfastes de l'alcool sur leur organisme et à prendre la décision de changer de comportement (les différents stades motivationnels). Ces troubles cognitifs peuvent être un frein et un retard dans la prise en charge addictologique du patient. (60)

Le patient présentant ainsi des troubles des fonctions exécutives liés à la consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives va avoir besoin plus facilement d'un cadre entourant et rassurant et la RTU peut constituer en partie ce cadre.

VII CONCLUSION

Le dosage urinaire des toxiques paraît ne pas avoir réellement d'impact sur le parcours de soins comme la durée de séjour, le mode de sortie, la survenue d'événements particuliers ou la prise de rendez-vous dans les suites de l'hospitalisation. Il en est de même pour la qualité des soins comme la participation aux activités et la réussite de son objectif initial de sevrage.

En revanche pour la charge de soins, ne pas avoir de dosage urinaire des toxiques à l'entrée semble augmenter la fréquence de la réalisation de RTU durant l'hospitalisation.

La réalisation de ces dosages après une évaluation clinique, pose également la question de la pertinence et le ciblage de l'examen urinaire.

Le coût lié aux dosages urinaires des toxiques à l'entrée représente une somme non négligeable. L'économie réalisée si ceux n'étaient pas réalisés de façon systématique pourrait permettre d'obtenir des moyens supplémentaires afin d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés.

Cette étude ne permet pas de conclure à des règles strictes de prescription des RTU mais propose plutôt l'adaptation de la RTU en fonction du profil du patient (stade motivationnel, troubles de la personnalité...), de ses objectifs de sevrage, de la substance consommée et de celle à arrêter.

Il n'y a un intérêt à réaliser des dosages urinaires aux patients, que si ceux-ci servent à renforcer la motivation et l'implication du patient dans sa démarche de soins ainsi que la relation de confiance entre le patient et le médecin.

D'autres études approfondies sont nécessaires pour étayer et appuyer nos résultats et ainsi mieux appréhender la pertinence des dosages urinaires sur la qualité et l'efficacité des soins dans la cadre d'un sevrage.

VIII BIBLIOGRAPHIE

1. Morel A. « L'addictologie: croyance ou révolution? ». *Psychotropes*, 2006 Mar (vol 12): 21-40. [cité 3 avr 2017]; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-21.htm>
2. Goodman A : « Addiction : definition and implications » – In *Br. J. Addiction* 1990 85 : 1403-1408.
3. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. 2e édition. Paris : Larousse, 2004 [Internet]. [cité 7 mai 2017]. Disponible sur: http://www.addictologie.org/spip.php?id_rubrique=7&page=avectitre
4. Janssen E, Bastianic T. Usage problématique de drogues en France: les prévalence en 2011 [rapport d'étude] Observatoire Français des drogues et des Toxicomanies, septembre 2013 [Internet]. [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxejt9.pdf>
5. OCRTIS, Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2009 - Stups - Osiris , Paris, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, OCRTIS, 2010, 75 pages.
6. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de Prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et conduites addictives. INPES éditions, décembre 2014 : 224p.
7. American Psychiatric Association. DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ième édition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013.
8. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. "Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 "Tendances 99, mars 2015 [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
9. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. « Alcohol attributable mortality in France ». *European Journal of Public health*, mars 2013.
10. Direction générale de la santé, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Exploitation des rapports d'activité type des CSAPA 2000-2010.
11. Reynaud M, Paille F. Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux, PMSI et alcool (2013).
12. Guignard R., Beck F., Obradovic I. « Prise en charge des addictions par les médecins généralistes ». In Gautier A. dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis:Inpes, coll. Baromètre santé 2011: p.177-201.
13. Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), estimation OFT/OFDT. Vente de substituts nicotiques (2012).

14. Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépi-DC), exploitation OMS. Registre national des causes de décès imputables au tabac.
15. Hill C, Jouglu E, Beck F « Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme ».BEH n°19-20 InVS, mai 2010.
16. OCRTIS, Tendances du trafic de stupéfiants en France en 2013, Paris, OCRTIS ; ministère de l'Intérieur, Direction centrale de la police judiciaire, Note n° 2, 2014, 8 pages.
17. OFDT. Enquête sur les personnes accueillies en consultation jeunes consommateurs, reçues au cours d'un mois donné puis suivies pendant 14 semaine, éditent 2005 et 2007.
18. Observatoire National interministériel de la sécurité routière. Bilan 2011- Partie 6: Données détaillées de l'accidentalité.
19. Inserm- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, estimation OFDT. Registre national des causes de décès.
20. Berck F, Gautier A, Guignard R, Richard J B. dir Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis. A paraître.
21. Lancial N., Lose S., Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies: Rapport des sites locaux du dispositif TREND. Tendances récentes sur les usagers de drogues à Lille en 2015, novembre 2016 [Internet]. [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/lill15.pdf>
22. Beck F., Guignard R.,Léon C., Richard JB.,Atlas des usages de substances psychoactives, Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes, 2010 [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>
23. Pfäffli M, Oswald F, Weinmann W « Recherche de drogues et de médicaments par tests rapides d'urine (immuno-essais) » informations utiles pour les médecins. Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern. Forum Med Suisse. 2013;13(16):31 8–322 [Internet]. [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/16/fr/fms-01491.pdf>
24. CHU de Liège. (page consultée le 02/04/2017). Dépistage benzodiazépines, urine, [en ligne]. http://www.chu.ulg.ac.be/jcms/c_636533/depistage-benzodiazepines-urine [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: http://www.chu.ulg.ac.be/jcms/c_636533/depistage-benzodiazepines-urine
25. Dépistage-drogues. (page consultée le 02/04/2017). Durée de dépistage des drogues dans les urines, [en ligne]. <http://www.depistage-drogue.com/duree-depistage-drogues-dans-urines> [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.depistage-drogue.com/duree-depistage-drogues-dans-urines>
26. Orset C, Sarazin M, Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel prévalence par questionnaire chez 1 406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2007 ; 68 : 5-19.
27. Fontaine A, Fontana C. Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ; 2003.

28. Recommandation pour la pratique clinique « Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel » texte court. *Alcoologie et Addictologie* 2013; 35 (1) : 61-92 [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2013-1_RPContextecourt.pdf
29. Conférence de consensus. Fédération Française d'alcoologie, ANAES. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. (Version courte) 23 et 24 juin 2004, Lyon.
30. afsaps.mise au point. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage, octobre 2011 [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf
31. OMS. (page consultée le 11/04/17). Syndrome de sevrage, [en ligne].http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/ [Internet]. WHO. [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/
32. Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.
33. Société Française d'Alcoologie, Référentiel de bonnes pratiques, Evaluation des pratiques professionnelles en alcoologie. Sevrage simple en alcool. 19 décembre 2006 [Internet]. [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg_simple.pdf
34. Société Française d'Alcoologie, Recommandation de bonne pratique, Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement , 2015.
35. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Recommandation transitoire d'utilisation du Baclofène, dans l'alcool-dépendance, protocole de suivi des patients, février 2014.
36. American Psychiatric Association , 1996. DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4 e édition (Version internationale, Washington DC, 19 95). Paris, MASSON.
37. Haute autorité de santé, recommandation de bonne pratique, Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, octobre 2014. [Internet]. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2 clics_arret_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf
38. DAUTZENBERG B. La Revue du Praticien, « Le médecin peut-il délivrer un conseil sur la cigarette électronique à un fumeur? » 2014.
39. Centre Addictovigilance Auvergne (page consultée le 05/05/17) DSM-5 Troubles liés à l'utilisation du cannabis (dépendance, intoxication, syndrome de sevrage), (en ligne) <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-cannabis-dependance-intoxication-sevrage/> [Internet]. Addictauvergne. 2014 [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-cannabis-dependance-intoxication-sevrage/>

40. Haute autorité de santé. Conférence de consensus, Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant aux opiacés. Palais du Luxembourg, 23 et 24 avril 1998. [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/toxico.pdf>
41. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique, Prise en charge des consommateurs de cocaïne, février 2010.
42. Emmanuel Kant, « Réponses à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », dans Vers la paix perpétuelle. Que signifie s'orienter dans la pensée ? Qu'est-ce que les Lumières ?, trad. de l'all. par Jean-François Poirier et Françoise Proust, Paris, Flammarion, 1991, p. 41-51.
43. C'est la thèse de l'adaptation du modèle médical au libéralisme politique que soutient par exemple Troyen A. Brennan, Just Doctoring. Medical Ethics in the Liberal State, Berkeley, University of California Press, 1991.
44. Louis Portes a été le premier président du Conseil de l'Ordre des médecins en 1943. Il a été reconduit dans ses fonctions après la Libération et reste, à ce titre, une personnalité très importante du monde médical incarnant tout à la fois la continuité de la tradition médicale et la rupture avec Vichy.
45. L. Portes, « Du consentement du malade à l'acte médical », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, repris dans le recueil, À la recherche d'une éthique médicale, Paris, Masson & PUF, 1954, p. 158.
46. A. Jaunait « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », Raisons politiques 2003 mar;(11): 59-79. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page-59.htm#anchor_citation
47. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. « Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles ». J Consult Clin Psychol. 1993; 61 : 455-61.
48. Heather N., McCambridge J. "Post-treatment stage of change predicts 12-months outcome of treatment for alcohol problems. Alcohol and Alcohol. 2013; 48 (3) : 329-36.
49. Modèle transthéorique des changement de comportement de Prochaska et DiClemente [Internet]. [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
50. Chanut F, Brown TG, Dongier M. « Motivational interviewing and clinical psychiatry ». Review paper. Can J Psychiatry. 2005; 50 : 548-5.
51. Eclat-Graa Nord Pas de Calais. (page consultée le 02/05/17). Qui sommes-nous, [en ligne]. <http://eclat-graa.org/>.
52. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France. (page consultée le 29/04/17). Tableau de bord de la psychiatrie et de la santé mentale dans le nord pas de calais, population active, [en ligne].<http://archive.santementale5962.com/spip.php?page=donnees2015&thematique=23&zonage=2> [Internet]. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: <http://archive.santementale5962.com/spip.php?page=donnees2015&thematique=23&zonage=2>

53. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France. (page consultée le 29/04/17). Tableau de bord de la psychiatrie et de la en santé mentale dans le nord pas de calais, recours aux traitements de substitution aux opiacés, [en ligne].<http://archive.santementale5962.com/spip.php?page=donnees2015&thematique=13&zonage=2> [Internet]. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: <http://archive.santementale5962.com/spip.php?page=donnees2015&thematique=13&zonage=2>
54. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France. (page consultée le 29/04/17). Tableau de bord de la psychiatrie et de la en santé mentale dans le nord pas de calais, recours aux traitements de la dépendance alcoolique, [en ligne].<http://archive.santementale5962.com/spip.php?page=donnees2015&thematique=12&zonage=2> [Internet]. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: <http://archive.santementale5962.com/spip.php?page=donnees2015&thematique=12&zonage=2>
55. R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
56. Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Gaskin J. Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addict Behav.* 1994 Nov-Dec;19(6): 691-6.
57. McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav.* 2006.
58. Murphy PN, Bentall RP. Motivation to withdraw from heroin: a factor-analytic study. *Br J Addict.* 1992 Feb;87(2):245-50.
59. C.Brisson, P. de Timary, E.Zech. « Réussir » son sevrage grâce à la qualité relationnelle. *Alcoologie et addictologie.* 2016 ; 38 (4):277-286.
60. Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalier, Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs, *Alcoologie et Addictologie.* 2014 ; 36(4) : 335- 3. In.

IX ANNEXES

Annexe 1 :

Les 11 critères de la DSM-V de l'APA (diagnostic and statistical manual of mental disorders) Washington 2013

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, école, à la maison),
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux,
- Utilisation de la substance malgré des problèmes personnels ou sociaux causés ou aggravés par les effets de la substance,
- Augmentation de la tolérance au produit addictif,
- Présence d'un syndrome de sevrage : apparition de symptômes à l'arrêt brutal de la consommation tels que douleur pour les opiacés, tremblement pour l'alcool, convulsion pour les benzodiazépines, et troubles du comportement (anxiété, irritabilité, insomnie, agitations),
- Besoin important et irrésistible de consommer la substance (craving),
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de la substance,
- Temps important consacré à la recherche de la substance,
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses,
- Activités autres réduites ou abandonnées au profit de la consommation,
- Poursuite de la consommation malgré l'existence de problème physique/psychologique lié à la substance.

Usage : < 2 critères (= risque dans certaine situation grossesse, conduite de véhicule, association avec d'autres substances, ou chez personnes vulnérable physiquement ou psychologiquement)

Trouble léger : 2-3 critères

Trouble modéré : 4-5 critères

Trouble sévère : 6 critères ou plus.

Annexe 2 :

Mme Michalik, interne de médecine générale, réalise sa thèse au sujet de la pertinence de la réalisation de la recherche de toxiques urinaires au sein des services d'addictologie.

Nous souhaiterions connaître vos pratiques à ce sujet au sein des services d'addictologie des hauts de France.

Aussi, nous vous soumettons ce court questionnaire afin d'avoir une vision plus réaliste des usages dans la région.

Ce questionnaire sera anonymisé à la réception.

Je vous propose de nous le transmettre par :

- mail à l'adresse : laurent.urso@ch-roubaix.fr
- courrier à l'adresse : Dr Laurent URSO- Service d'addictologie - CH Roubaix - 20 Avenue Julien Lagache -59100 Roubaix
- fax : 03 20 99 3015

Merci à vous pour votre aide :

1/ De quel département dépendez-vous ?

2/ Votre service est-il de niveau 1 /2/3 ?

3/ Votre activité est-elle en psychiatrie / MCO / SSR / MCO et SSR / MCO et PSY / PSY-MCO et SSR ?

4/ De combien de lits de SSR à orientation addictologique disposez-vous ?

5/ De combien de lits d'hospitalisation complète à disposez-vous ?

6/ De combien de lits d'hospitalisation de jour disposez-vous ?

7/ Votre équipe de liaison en addictologie réalise

- Moins de 250 consultations par an
- Entre 250 et 500 consultations par an
- Entre 500 et 1000 consultations par an
- Entre 1000 et 1500 consultations par an
- Plus de 1500 consultations par an

8/ Réalisez-vous des recherches de toxiques urinaires systématiques durant l'hospitalisation complète des patients ? OUI / NON

9/ Si oui, quelle est la méthode utilisée ? Bandelette urinaire / recherche qualitative / recherche quantitative ?

10/ A quel moment réalisez-vous la recherche systématique de toxiques urinaires ?

11/ Si non, réalisez-vous auparavant la recherche de toxiques urinaires ? OUI / NON

12/ Si oui, pourquoi avoir arrêté la recherche de toxiques urinaires ?

13/ Avez-vous mené une réflexion d'équipe au sujet de la recherche de toxiques urinaires ? Si oui, laquelle et quelles ont été les conclusions

14/ Réalisez-vous des sorties du fait du patient (ou par mesure disciplinaire) du fait de consommations de substance licite (hormis le tabac) ou illicite durant l'hospitalisation ? OUI / NON

15/ Ce type de sortie a-t-il lieu dès la première consommation dans le service ?

16/ Ce type de sortie entraîne-t-il un arrêt du suivi du patient dans les mois à venir ?

OUI/ NON

17/ Si oui, durant combien de temps ?

18/ Si non, y a-t-il une proposition de soin au patient ? Laquelle ?

19/ Avez-vous des remarques complémentaires à réaliser

Annexe 3 :

Questionnaire à l'admission

Questionnaire à faire remplir par tous les patients à leur entrée, dans le cadre d'une étude sur le dosage urinaire des stupéfiants à H0 et H48.

Date d'entrée :

Date de sortie :

Mode de sortie :

Événements particuliers au cours de l'hospitalisation :

1/ Identifiant: 3 premières lettres nom et première lettre prénom

2/ sexe :

- Masculin
- féminin

3/ tranche d'âge :

- 18-25 ans
- 26-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- >55 ans

4/ poids :

5/ taille :

6/ IMC :

7/ situation conjugale

- Célibataire
- en couple

8/ Quelle est votre occupation actuelle (un choix)

- ouvrier/employé
- profession libérale/ commerçant
- cadre
- cadre sup
- retraite
- chômage
- RSA
- sans droits
- Autre :

9/ Avez-vous des problèmes de santé ? (plusieurs choix possible)

- Aucun
- Dépression
- décompensation psychiatrique

- attaque de panique
- polynévrite des membres inférieurs
- polynévrite des membres sup
- neuropathie optique
- ulcère gastrique
- stéatose hépatique
- hépatites alcooliques
- hépatite C
- cirrhose
- cirrhose décompensée
- surinfection
- cancer ORL
- cancer pulmonaire
- Autre :

10/ Avez-vous un traitement régulier ? (plusieurs choix possible)

- Aucun
- Hypnotiques
- Neuroleptiques
- Anxiolytiques
- Antidépresseurs
- Antiépileptiques
- Aotal
- Revia
- Baclofène
- Sélincro
- Espéral
- Méthadone
- Buprénorphine
- Antalgique
- traitement antibiotique en cours
- Autre :

11/ Sur une échelle de 0 à 10 comment considérez-vous votre état de santé? (10 en très bonne santé, 0 en très mauvaise santé)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

en très mauvaise santé en très bonne santé

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

12/ Quelle(s) substance(s) consommez-vous actuellement ? (plusieurs choix possible)

- Alcool

- Tabac
- cannabis/shit/beuh
- heroine
- cocaïne
- médicaments en dehors de ceux prescrits ou au-delà des doses prescrites
- Autre :

13/ Quelle(s) substance(s) souhaitez-vous arrêter ? (plusieurs choix possible)

- Alcool
- Tabac
- cannabis/shit/beuh
- heroine
- cocaïne
- médicaments en dehors de ceux prescrits ou au-delà des doses prescrites
- Autre :

Si vous consommez de l'alcool répondez aux 4 questions suivantes (Audit C) :

14/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? (un choix)

- jamais (0)
- 1 fois par mois (1)
- 2 à 4 fois par mois (2)
- 2 à 3 fois par semaine (3)
- 4 fois ou plus par semaine (4)

15/ Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? (un choix)

- 1 ou 2 (0)
- 3 ou 4 (1)
- 5 ou 6 (2)
- 7 à 9 (3)
- 10 ou + (4)

16/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ? (un choix)

- jamais (0)
- moins de 1 fois par mois (1)
- 1 fois par mois (2)
- 1 fois par semaine (3)
- chaque jour ou presque (4)

Score supérieur ou égal à 4 chez l'homme ou 3 chez la femme signe consommation à risque

Score supérieur ou égal à 5 chez l'homme ou 4 chez la femme signe une alcoolodépendance

17/ Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre sentiment de dépendance vis à vis de l'alcool ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas de dépendance dépendance maximale

**Si vous fumez du tabac répondez aux 3 questions suivantes :
(Fagerstrom simplifié)**

18/ Combien de cigarettes fumez-vous par jour (un choix)

- 10 ou - (0)
- 11 à 20 (1)
- 21 à 30 (2)
- 31 ou + (3)

19/ Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? (un choix)

- Moins de 5 minutes (3)
- 6 à 30 minutes (2)
- 31 à 60 minutes (1)
- Après 1 heure (0)

0-1 pas de dépendance 2-3 dépendance modérée 4-5-6 dépendance forte

20/ Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre sentiment de dépendance vis à vis du tabac ? (un choix)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas de dépendance dépendance maximale

Si vous consommez du cannabis répondez aux 3 questions suivantes:

21/ Combien de joints fumez-vous par semaine ?

22/ Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre sentiment de dépendance vis à vis du cannabis ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas de dépendance dépendance maximale

23/ A quand remonte votre dernière consommation de cannabis ?

- < 12h
- entre 13 et 24h
- entre 25 et 36h
- entre 37 et 48h
- entre 49 et 72h
- > 72h

Si vous consommez de l'héroïne répondez aux 3 questions suivantes:

24/ Combien de consommation avez-vous par semaine?

25/ Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre sentiment de dépendance vis à vis de l'héroïne ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas de dépendance dépendance maximale

26/ A quand remonte votre dernière consommation d'héroïne ?

- < 12h
- entre 13 et 24h
- entre 25 et 36h
- entre 37 et 48h
- entre 49 et 72h
- > 72h

Si vous consommez de la cocaïne répondez aux 3 questions suivantes:

27/ Combien de consommation avez-vous par semaine ?

28/ Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre sentiment de dépendance vis à vis de la cocaïne ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas de dépendance dépendance maximale

29/ A quand remonte votre dernière consommation de cocaïne ?

- < 12h
- entre 13 et 24h
- entre 25 et 36h
- entre 37 et 48h
- entre 49 et 72h
- > 72h

Si vous consommez des médicaments en dehors de leur usage initial répondez aux 3 questions suivantes:

30/ Combien de fois par semaine consommez-vous des médicaments en dehors de leur usage initial (au-delà des doses prescrites, multiples prescripteurs...) ?

31/ A quand remonte votre dernière prise médicamenteuse en dehors ou au-delà des doses prescrites ?

- < 12h
- entre 13 et 24h
- entre 25 et 36h
- entre 37 et 48h
- entre 49h et 72h
- > 72h

32/ Sur une échelle de 0 à 10 quel est votre sentiment de dépendance vis à vis des médicaments ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas de dépendance
dépendance maximale

33/ Combien de sevrage en hospitalisation complète avez-vous déjà effectué?

34/ Combien de sevrage en hôpital de jour avez-vous déjà effectué ?

35/ Combien de sevrage en ambulatoire avez-vous déjà effectué?

36/ Combien de service d'addictologie ou de CSAPA avez-vous déjà fréquenté ?

37/ Qu'est ce qui est à l'initiative de cette hospitalisation? (plusieurs choix possible)

- ma santé
- difficulté avec l'entourage (famille, ami)
- difficulté professionnelle
- médecin traitant ou autre professionnel de santé
- obligation de soin (justice), permis (retrait)
- Autre :

38/ Pour la suite de votre séjour souhaitez-vous un hôpital de jour ?

- Oui
- non

39/ Pour la suite de votre séjour souhaitez-vous aller en soins de suite et réadaptation (post cure) ?

- oui
- non

40/ Après votre hospitalisation, quel est votre projet par rapport aux produits (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, médicaments...)

- abstinence
- gestion des consommations
- Autre :

41/ Abstinence pour quels produits (plusieurs choix possible)

- Aucun
- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Médicaments
- Autre :

42/ Gestion des consommations pour quels produits ? (plusieurs choix possible)

- Aucun
- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Héroïne
- Cocaïne

- Médicaments
- Autre :

43/ Qu'attendez-vous de l'équipe soignante? Classer par ordre d'importance (1 le plus important à 7 le moins important)

- soutien psychologique
- règlement de problème administratif
- règlement de problème avec l'entourage
- règlement de problème professionnel
- logement
- soins addictologique
- soins pour ma santé autre qu'addictologique
- Autre :

44/ Quel est le stade motivationnel du patient (REMPLI LORS DU BILAN D'ORIENTATION)

- pré-intention
- intention
- prise de décision
- action
- maintien
- rechute

Autres tableaux :

Tableau 13 : Genre

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
masculin	44	70%	[57%;81%]	42	86%	[73%;94%]
féminin	19	30%	[19%;43%]	7	14%	[6%;27%]

Tableau 14 : Situation conjugale

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
célibataire	46	73%	[60%;83%]	39	80%	[66%;90%]
en couple	17	27%	[17%;40%]	10	20%	[10%;34%]

Tableau 15 : Evaluation de leur état de santé? (10 en très bonne santé, 0 en très mauvaise santé)

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	5.11	5.49
Écart Type	2.56	2.08
IC 95% moyenne	4.46-5.76	4.89-6.09
Médiane	5	5
Écart Inter-quartile	4	3
Minimum	0	0
1er Quartile	3	4
2ème Quartile (médiane)	5	5
3ème Quartile	7	7
Maximum	10	10
Valide	62	49

Valeurs manquantes: 1 dans le groupe 'Oui' 0 dans le groupe 'Non'

Tableau 16 : Nombre de sevrages en hospitalisation complète

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	2.87	2.60
Écart Type	3.19	3.57
IC 95% moyenne	1.93-3.81	1.53-3.67
Médiane	2	2
Écart Inter-quartile	4	3
Minimum	0	0
1er Quartile	0	0
2ème Quartile (médiane)	2	2
3ème Quartile	4	3
Maximum	12	20
Valide	47	45

Valeurs manquantes: 16 dans le groupe 'Oui' 4 dans le groupe 'Non'

Tableau 17 : Nombre de services d'addictologie ou de CSAPA déjà fréquentés

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	1.41	1.15
Écart Type	2.08	1.63
IC 95% moyenne	0.81-2.01	0.67-1.64
Médiane	1.0	0.5
Écart Inter-quartile	2	2
Minimum	0	0
1er Quartile	0	0
2ème Quartile (médiane)	1.0	0.5
3ème Quartile	2	2
Maximum	10	8
Valide	49	46

Valeurs manquantes: 14 dans le groupe 'Oui' 3 dans le groupe 'Non'

Tableau 18 : Evaluation de leur dépendance à l'alcool (0 pas dépendance, 10 forte dépendance)

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	7.96	6.83
Écart Type	2.64	2.75
IC 95% moyenne	7.22-8.7	5.98-7.69
Médiane	9	7
Écart Inter-quartile	2.00	3.75
Minimum	1	0
1er Quartile	8	6
2ème Quartile (médiane)	9	7
3ème Quartile	10.00	9.75
Maximum	10	10
Valide	51	42

Valeurs manquantes: 12 dans le groupe 'Oui' 7 dans le groupe 'Non'

Tableau 19 : Evaluation de leur dépendance au cannabis

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	5.04	5.27
Écart Type	3.59	3.67
IC 95% moyenne	3.56-6.52	3.23-7.3
Médiane	4	5
Écart Inter-quartile	6	6
Minimum	0	0
1er Quartile	2.0	2.5
2ème Quartile (médiane)	4	5
3ème Quartile	8.0	8.5
Maximum	10	10
Valide	25	15

Valeurs manquantes: 38 dans le groupe 'Oui' 34 dans le groupe 'Non'

Tableau 20 : Evaluation de leur dépendance à l'héroïne

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	4.80	6.14
Écart Type	3.70	3.13
IC 95% moyenne	0.2-9.4	3.25-9.04
Médiane	6	7
Écart Inter-quartile	5	5
Minimum	0	2
1er Quartile	2.0	3.5
2ème Quartile (médiane)	6	7
3ème Quartile	7.0	8.5
Maximum	9	10
Valide	5	7

Valeurs manquantes: 58 dans le groupe 'Oui' 42 dans le groupe 'Non'

Tableau 21 : Evaluation de leur dépendance à la cocaïne

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	5.17	4.91
Écart Type	1.72	2.84
IC 95% moyenne	3.36-6.97	3-6.82
Médiane	5.5	5.0
Écart Inter-quartile	1.0	2.5
Minimum	2	2
1er Quartile	5	3
2ème Quartile (médiane)	5.5	5.0
3ème Quartile	6.0	5.5
Maximum	7	10
Valide	6	11

Valeurs manquantes: 57 dans le groupe 'Oui' 38 dans le groupe 'Non'

Tableau 22 : durée du séjour

	Groupe RTU	Groupe témoin
Moyenne	12.14	11.57
Écart Type	3.02	3.67
IC 95% moyenne	11.38-12.9	10.52-12.63
Médiane	13	12
Écart Inter-quartile	3	4
Minimum	3	1
1er Quartile	11	10
2ème Quartile (médiane)	13	12
3ème Quartile	14	14
Maximum	21	23
Valide	63	49

Tableau 23 : Événements particuliers

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	7	11%	[5%;22%]	10	20%	[10%;34%]
Non	56	89%	[78%;95%]	39	80%	[66%;90%]

Tableau 24 : rdv post séjour

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
oui	48	80%	[68%;89%]	30	64%	[49%;77%]
non	12	20%	[11%;32%]	15	32%	[19%;47%]
refus	0	0%	[0%;6%]	2	4%	[1%;15%]

Valeurs manquantes: 3 dans le groupe 'Oui' 2 dans le groupe 'Non'

Tableau 25 : stade motivationnel du patient

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
prise de décision	26	55%	[40%;70%]	11	28%	[15%;45%]
action	10	21%	[11%;36%]	15	38%	[23%;55%]
rechute	4	9%	[2%;20%]	6	15%	[6%;31%]
intention	3	6%	[1%;18%]	6	15%	[6%;31%]
maintien	3	6%	[1%;18%]	0	0%	[0%;9%]
pré-intention	1	2%	[0%;11%]	1	3%	[0%;13%]

Valeurs manquantes: 16 dans le groupe 'Oui' 10 dans le groupe 'Non'

Tableau 26 : participation aux activités

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
oui	57	93%	[84%;98%]	41	89%	[76%;96%]
non	3	5%	[1%;14%]	5	11%	[4%;24%]
peu	1	2%	[0%;9%]	0	0%	[0%;8%]

Valeurs manquantes: 2 dans le groupe 'Oui' 3 dans le groupe 'Non'

Tableau 27 : objectif du sevrage atteint

	Groupe RTU			Groupe témoin		
	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	55	87%	[77%;94%]	39	80%	[66%;90%]
Non	8	13%	[6%;23%]	10	20%	[10%;34%]

AUTEUR : MICHALIK Claire

Date de Soutenance : 8 juin 2017 à 14 heures

Titre de la Thèse : *Impact du dosage urinaire des toxiques sur la prise en charge des patients hospitalisés dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix.*

Thèse - Médecine - Lille 2017

Spécialité : Médecine Générale

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Addictologie, sevrage, dépistage urinaire, impact, pertinence.

Contexte : La réalisation du dosage urinaire des toxiques en hospitalisation dans le cadre d'un sevrage en substance psychoactive n'est encadrée par aucun protocole réglementé. Les services ont leurs propres habitudes sur la réalisation de ces dosages. Cette étude va donc évaluer l'impact du dosage urinaire des toxiques sur la prise en charge des patients hospitalisés dans un service d'addictologie.

Méthode : Cette étude est un travail descriptif, observationnel dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix. Les patients inclus ont répondu au questionnaire créé pour l'étude. Deux groupes ont été constitués : un groupe témoin n'a pas eu de dosage urinaire des toxiques à l'entrée, un deuxième groupe a eu un dosage urinaire des toxiques à J0 et à J2 de l'hospitalisation.

Résultats : Au total, 112 patients ont été inclus. Dans les deux groupes, la majorité des patients étaient venus pour un sevrage en alcool, soit 79% des patients (IC 95% [67-89]). Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes concernant le parcours de soin, à savoir : le mode de sortie ($p=0,6881$), la survenue d'évènement particulier ($p=0,19$), la durée de séjour ($p=0,3676$) et la notion d'un suivi après l'hospitalisation ($p=0,0676$). Il en est de même pour la qualité des soins avec la participation aux activités ($p=0,3637$) et l'atteinte de l'objectif initial de sevrage ($p=0,3073$). En revanche, concernant la charge de soins, ne pas avoir eu de dosage urinaire à J0 et J2 entraînait plus de contrôle des toxiques urinaires durant l'hospitalisation ($p=0,0152$).

Conclusion : Le dosage urinaire des toxiques réalisé systématiquement à l'entrée n'apparaît pas comme un facteur prédictif d'amélioration du parcours de soins ni de la qualité des soins. Il est difficile de conclure à un impact des dosages sur la charge de soins sans avoir plus de données concernant les contextes et les motivations de réalisation des dosages supplémentaire lors de l'hospitalisation. L'étude ne permet pas de proposer un protocole opérationnel sur la réalisation de ces dosages urinaires, mais suggère l'importance de s'adapter au profil du patient, aux substances consommées et à son objectif de sevrage. D'autres études plus poussées semblent nécessaires afin de conforter nos résultats.