



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Adhésion aux soins addictologiques et recontact téléphonique précoce des patients rencontrés aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2022 à 13h00
au Pôle Formation
par **Romane GIRARD**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur :

Madame la Docteure Anne DEUEZ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent LEMAHIEU

Avertissement

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteur(e)s**

« La première chose à faire en psychothérapie est de ne pas essayer de contraindre l'être humain à modifier sa manière de penser ; il est préférable de créer des situations dans lesquelles l'individu modifiera lui-même volontairement sa façon de penser »

(Milton Erickson)

Table des matières

Avertissement	1
Table des matières	5
Abréviations	6
I. Introduction	7
1. Généralités et définitions	8
2. Etat des lieux des principales substances psychoactives consommées	12
3. Dispositifs de soins en Addictologie	18
4. Equipes de liaison et de soins en addictologie aux urgences	20
5. Outils et interventions aux urgences	23
6. Stratégies thérapeutiques selon la modalité de l'usage	28
7. Adhésion aux soins post-urgences	29
II. Etude observationnelle d'une intervention téléphonique précoce et de l'adhésion aux soins addictologiques	34
1. Problématique	34
2. Méthodologie	34
3. Résultats	39
4. Discussion	58
III. Conclusion et perspectives	66
1. Conclusion	66
2. Perspectives	66
IV. Annexes	70
Bibliographie	74

Abréviations

ATV : Aire Tegmentale Ventrale

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

DA : Dopamine

ELSA : Equipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie

ENK : Enképhaline

HAS : Haute Autorité de Santé

IEA : Intoxication éthylique aiguë

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NE : Noradrénaline

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NIDA : National Institute on Drug Abuse

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TU : Trouble de l'usage

TUS : Trouble de l'usage sévère

I. Introduction

De nos jours, une proportion importante de patients se rendant dans les services d'urgences pour y être soignés présentent des troubles de l'usage de(s) substance(s) psychoactive(s) voire peuvent être intoxiqués au moment de leur admission (1–5). La littérature internationale révèle des chiffres allant de 9 à 40 % de passages aux urgences en lien avec un état d'alcoolisation (2,6–10). La poursuite de l'usage de ces substances psychoactives est susceptible d'entraîner des conséquences négatives sur la santé et la vie psychosociale de l'individu qui les consomme (11–13). Cependant, il existe un retard non négligeable à la prise en charge addictologique : le bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2004 a révélé que l'écart entre les personnes souffrant d'un trouble de l'usage et/ou d'une dépendance nécessitant un traitement et les personnes recevant réellement un traitement était de 78,1%, c'est-à-dire que moins de 20% des personnes bénéficiaient réellement d'un traitement, qu'il soit pharmacologique ou psychothérapeutique (14). D'une part, l'accueil de ces nombreux patients dans les services d'urgence représente une occasion privilégiée de pouvoir dépister et aborder les troubles de l'usage et d'autre part, une occasion pour le patient de pouvoir être orienté vers un traitement spécialisé dès la sortie des urgences afin d'accéder aux soins le plus précocement possible. Selon les recommandations actuelles (15,16), les patients qui présentent un trouble de l'usage d'intensité sévère ou de dépendance et/ou de comorbidités associées doivent être orientés vers un traitement spécialisé (17). Toutefois, il n'existe pas de recommandations fondées sur des données probantes quant à la manière d'orienter les patients vers un traitement spécialisé (17). Certaines études suggèrent que des interventions brèves fondées sur la motivation peuvent augmenter la participation à un traitement tandis que d'autres précisent que des efforts plus intensifs, tels qu'un suivi téléphonique, peuvent être nécessaires pour fournir des liens efficaces (11,18–25). Actuellement, la littérature est mitigée et ne contient que peu d'informations sur les modalités de leur mise en œuvre et leur efficacité (17,26). Dans ce contexte, notre étude cherche à évaluer si une session de rappels téléphoniques précoces peut avoir un impact sur l'adhésion aux soins spécialisés des patients ayant été admis aux urgences et souffrant d'un trouble de l'usage aux substances psychoactives.

1. Généralités et définitions

a. Généralités

L'addictologie est une discipline médicale récente qui ne cesse d'évoluer sur le plan de la recherche. L'addiction telle que définie par Goodman en 1990, se caractérise par « *une impossibilité répétée de contrôler un comportement et de le poursuivre en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* », soulignant la dimension évolutive et adaptative du comportement et du processus de l'addiction plaçant au centre, la perte de contrôle.

La communauté scientifique internationale individualise trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives, quelle que soit la substance concernée : L'usage simple ou à risque, l'usage nocif et la dépendance. (Figure 1)

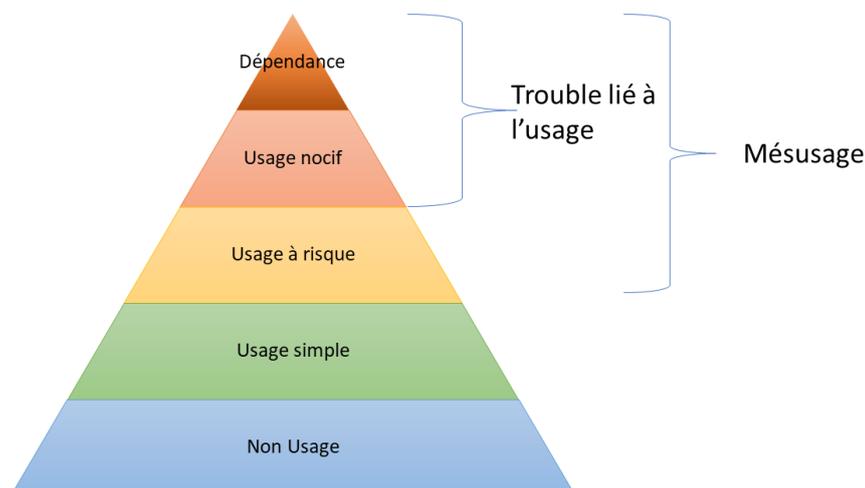


Figure 1. Pyramide de Skinner décrivant les différents stades d'évolution de la consommation de(s) substance(s) psychoactive(s)

L'usage simple ou à faible risque, qui n'est défini pour les substances psychoactives que pour l'alcool, par définition n'est pas pathologique car il n'entraînerait pas de dommages, bien qu'il puisse entraîner des risques d'évolution vers un usage nocif et de dépendance, il est ainsi important de le repérer et de le prévenir. A l'inverse, la dépendance est par définition pathologique et relève d'un traitement médical. Du fait de ses répercussions non négligeables, l'usage nocif ou abus, reflète l'existence d'un "trouble" et considère que cette modalité de comportement de consommation doit être traitée comme une entité pathologique (27).

En effet, il existe un continuum entre un usage simple, associé à un niveau de risque faible et un trouble de l'usage sévère associé un niveau plus élevé de risques de répercussions négatives sociales et sanitaires. Ce continuum est lié à un effet dose-dépendant entre le niveau de quantité consommée, la fréquence et le risque d'apparition de certaines pathologies (28).

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) réunit les critères d'abus et de dépendance dans une seule dimension, le trouble de l'usage (Tableau 1) (Figure 1). Il comprend trois niveaux de sévérité, léger (2-3 critères), modéré (4-5 critères) et sévère (6 critères ou plus) selon le nombre de critère présent au cours des 12 derniers mois (29).

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

Tableau 1. Les 11 critères diagnostiques du trouble de l'usage de substance psychoactive selon le DSM-5

b. Facteurs de risques et de vulnérabilité

Selon le modèle biopsychosocial, la maladie addictive est la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou environnementaux. Selon Claude Olivenstein, l'initiation du processus addictif résulte de la rencontre entre un produit et un individu dans un environnement donné comme le décrit la Figure 2.

Les facteurs de risques augmentent la probabilité d'apparition d'un trouble associé à l'usage des substances. (30,31)

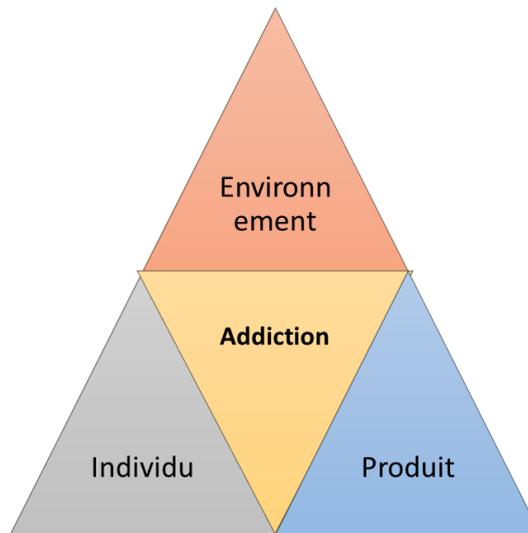


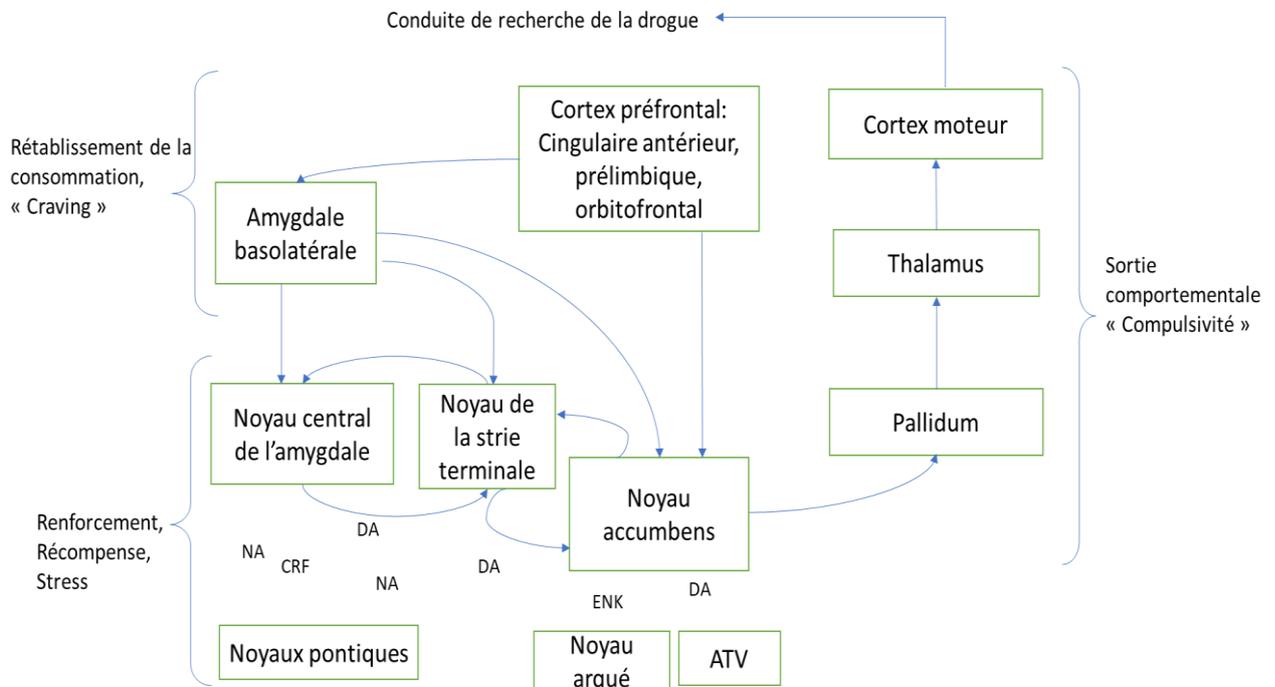
Figure 2. Le triangle d'Olivenstein, décrivant la résultante de l'addiction par le modèle *biopsychosocial*

Les facteurs de risques et de vulnérabilité sont multiples et comprennent : (liste non exhaustive) des facteurs liés à l'individu comme des prédispositions génétiques (32), la personnalité et le tempérament de l'individu (33), la maturité cérébrale, les antécédents familiaux (34), le stress précoce ou chronique, les comorbidités psychiatriques (35) ; des facteurs liés à l'environnement comme l'influence des pairs (36), la disponibilité du produit, la valorisation culturelle du produit, le contexte lié à la consommation, le fonctionnement familial (33,37) et enfin, des facteurs liés au produit comme le type de produit consommé, le mode de consommation du produit, les premiers effets ressentis de l'expérimentation du produit (33,38).

c. L'addiction : une maladie chronique

Sur le plan clinique, l'addiction possède les caractéristiques d'une pathologie chronique : elle s'installe sur un mode progressif passant par des phases d'améliorations et de rechutes dont la survenue est déterminée par des facteurs de vulnérabilité. Sur le plan neurobiologique, des études ont réussi à démontrer que la prise répétée et chronique des substances psychoactives pouvait entraîner de réelles modifications cérébrales poussant le sujet à poursuivre ses consommations (39–41). Des études d'imagerie chez l'animal et chez l'homme ont révélé des neurocircuits distincts qui interviennent dans trois étapes déterminantes de la dépendance : la compulsion à rechercher et à consommer la substance motivant la recherche du produit appelé le « *craving* », est sous-tendu par un large réseau neuronal impliquant le cortex orbitofrontal, le striatum ventral et dorsal, le cortex préfrontal, l'amygdale basolatérale, l'hippocampe et l'insula ; La perte de contrôle

censé limiter la consommation sous-tendu par le gyrus cingulaire, les cortex préfrontal dorsolatéral et frontal inférieur et enfin, l'émergence d'un état émotionnel négatif, appelé le renforcement négatif, reflétant un syndrome de manque lorsque l'accès à la substance est restreint et soulagé lors de sa consommation, est sous-tendu par l'amygdale étendue (42).



ATV : Aire tementale ventrale ; DA : Dopamine ; NA : Noradrénaline ; ENK : Enképhaline

Figure 3. Circuits principaux impliqués dans l'addiction (27,40,41)

Les effets renforçant aigus des drogues correspondant au stade d'intoxication impliquent le système de récompense, en particulier l'amygdale élargie, l'aire tegmentale ventrale (ATV), le noyé arqué, l'hypothalamus et des boucles striatum ventral-pallidum ventral-cortex. L'amygdale élargie est bien placée pour évaluer la valence hédonique d'une information positive et négative et pour traiter les stimulus émotionnels. La boucle striatum ventral-pallidum ventral – thalamus-cortex est bien placée pour transformer une motivation en action et pour créer une association stimulus-récompense. Le cortex préfrontal comprenant le gyrus cingulaire joue un rôle majeur dans les rechutes ou la réinitialisation de la consommation, l'amygdale basolatérale est fondamentale dans l'association des stimulus externe et de la prise de substance (Figure 3). L'hippocampe joue un rôle essentiel dans les processus mnésiques liés à la consommation, comprenant les aspects contextuels (27,41).

L'évolution vers la dépendance va induire une neuroplasticité dans le système dopaminergique mésolimbique provoquant des changements au niveau du striatum dorsal, du striatum ventral, du cortex orbitofrontal et ainsi provoquer une dérégulation du cortex préfrontal, du gyrus cingulaire et de l'amygdale étendue (42). Le sujet subit une réelle altération de ses mécanismes cérébraux rendant difficile la mise en place de stratégies adaptatives (39,41). Les objectifs et motivations concourant à d'autres intérêts sont devenus secondaires par rapport aux besoins obsédant du produit.

Toutes les substances psychoactives sont susceptibles d'entraîner une dépendance provoquant une libération de la dopamine soit de façon directe dans le cas de cocaïne, de l'ecstasy ou des amphétamines soit de manière indirecte par action sur les interneurons et les récepteurs GABAergiques et opioïdes qui modulent les neurones dopaminergiques (219). Les drogues altèrent le fonctionnement des récepteurs en mimant l'action des neuromédiateurs et neurotransmetteurs naturels. Les recherches actuelles tendent à découvrir l'implication d'autres neurotransmetteurs et systèmes pouvant être intriqués dans le phénomène de dépendance (43,44).

Ces découvertes neurobiologiques peuvent expliquer les difficultés existantes, comme la rechute ou encore la résistance au traitement quel qu'il soit, pour traiter cette maladie chronique mais aussi de mieux comprendre la maladie addictive et ainsi d'élaborer diverses stratégies thérapeutiques efficaces pour une prise en charge optimale sur le long terme.

2. Etat des lieux des principales substances psychoactives consommées

a. L'alcool

En France, les repères de consommation à moindre risque définis par les experts pour les personnes consommant de l'alcool sont de consommer « *maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, comprenant des jours dans la semaine sans consommation* » (45). En France, les travaux de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) et ceux d'autres organismes producteurs de données ont dénombré qu'en 2017, près de 24 % des 18-75 ans, soit 10,6 millions de personnes, dépassaient les seuils de consommation à moindre risque, cités plus haut, promu par les experts (46). En 2017, 10% des adultes de 18-75 ans, avaient un usage quotidien (dont 15,2% d'hommes et 5,1% des femmes) et 8,4 % des adolescents avaient une

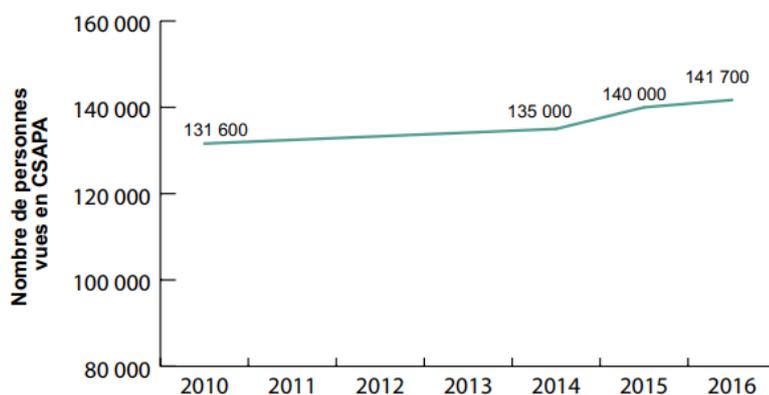
consommation régulière d'alcool (47). Selon le rapport de l'OMS, 4.7% des hommes et 2.9% des femmes rempliraient les critères de dépendance (48).

D'après un rapport national piloté par l'OFDT, en 2015, le coût social, mesurant le coût externe (valeur de vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, perte de production) et le coût pour les finances publiques (dépense de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool) des conséquences de la consommation l'alcool représentait 120 milliards d'euros (46).

L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable, responsable de 41 000 décès par an dont 39 % par cancers, 24 % par des maladies cardiovasculaires, 17 % par maladies digestives, 13 % par des accidents ou des suicides et 7 % d'autres maladies. Il est aussi mis en cause dans 45 121 accidents corporels de la circulation routière dont 2 403 mortels (46). Selon l'OMS dans le monde, l'alcool est à l'origine d'environ 3 millions de décès par an.

L'OFDT estimait la file active dans les Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à environ 314 000 usagers en 2019. Parmi eux, 144 440 usagers soit 46 % des patients vus en CSAPA ont consulté pour un problème lié à l'alcool dont les 2/3 sont dépendants. L'enquête RECAP révèle que le profil de ces usagers est à 76% de sexe masculin avec un âge médian de 45 ans dont les 2/3 ont plus de 40 ans. 4 usagers sur 10 vivent seuls et 35 % avec un conjoint, 44% ont une activité rémunérée, 21 % sont sans emploi. 25 % sont adressés par un partenaire sanitaire, 49% à leur initiative ou celle de leur proche. 56 % n'ont jamais été pris en charge auparavant, 19% ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (49).

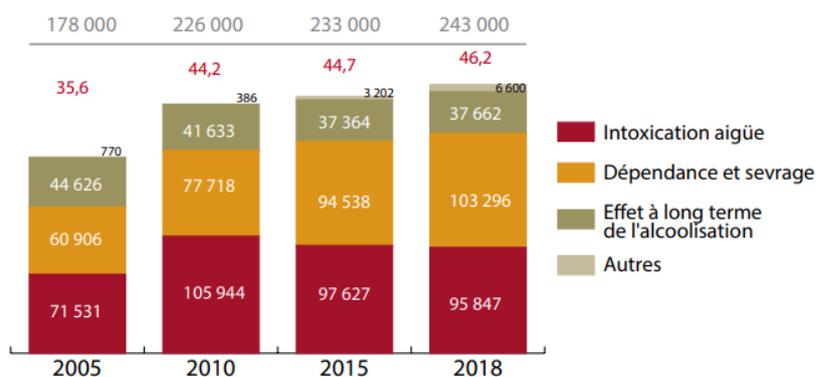
Une amélioration au niveau de l'accès aux soins a été notée, comme le montre la Figure 4, puisqu'en 2011, l'Observatoire Français des Drogues et des tendances addictives recensait seulement 131 600 consommateurs dans les Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie pour 5 millions d'usagers quotidiens et 8,8 millions d'usagers réguliers sur le territoire français.



Source : rapport d'activité des CSAPA, exploitation OFDT/DGS

Figure 4. Nombre de personnes accueillies dans les CSAPA en ambulatoire avec l'alcool en produit posant le plus de problèmes, 2010-2016 (49)

En 2020, l'OFDT a recensé 246 000 séjours hospitaliers mentionnant l'alcool dans leurs diagnostics principaux ; dont 44% pour dépendance et sevrage, 38 % pour intoxications aiguës et 15 % pour les effets à long terme de l'alcoolisation. Depuis 2005, les séjours pour intoxication aiguë et pour dépendance et sevrage augmentent comme le montre la Figure 5 ci-après (50).



Source : Agence technique pour l'information hospitalière, exploitation OFDT

Chiffres en rouge : nombre de séjours avec un diagnostic principal mentionnant l'alcool pour 10 000 habitants âgés de 15 à 85 ans

Figure 5. Nombre de séjours suivant les différentes catégories de diagnostics principaux mentionnant l'alcool dans leur intitulé, 2005-2018 (50)

Au sein des services de psychiatrie, une étude a révélé que 25 à 50% des hospitalisés présentaient un mésusage d'alcool (51).

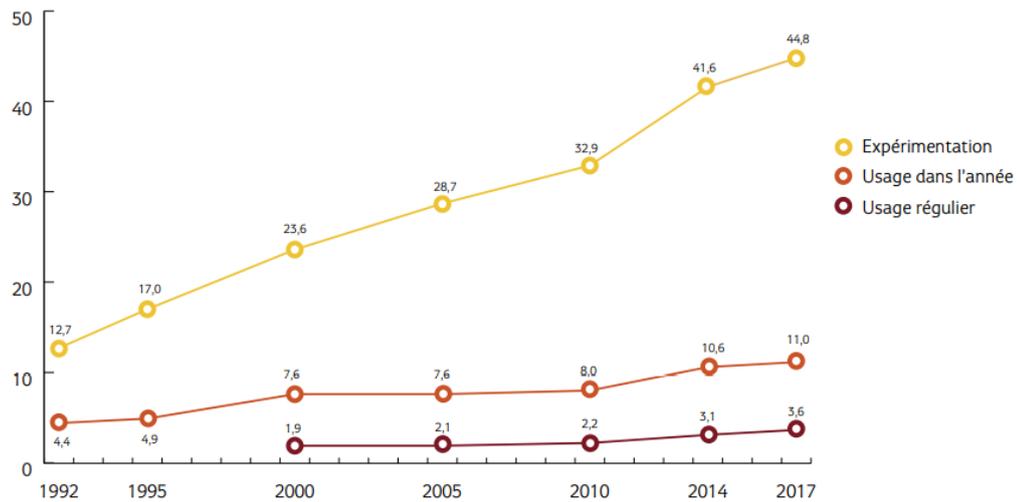
Concernant les services d'urgence, en 2011, le réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR) regroupant 86 % des services d'urgences de France, estimait que 30% des passages aux urgences seraient en lien direct (15-20%)

ou indirect avec une consommation d'alcool, dont 1 % portant le code diagnostic d'intoxication éthylique aiguë (52). Une étude a retrouvé que 80% des patients admis pour intoxication éthylique aiguë aux urgences présentaient un trouble de l'usage d'alcool (abus ou dépendance) (53).

L'enquête ESCAPAD de 2017 rapporte près de 3 % des jeunes de 17 ans interrogés déclarant avoir déjà été admis dans leur vie aux urgences parce qu'ils avaient trop bu (47).

b. Le cannabis

Le cannabis, en France, est la première substance illicite consommée par les adolescents. Environ 4 adolescents sur 10 ont déjà expérimenté le cannabis à l'âge de 17 ans. Comme présentée dans la Figure 6, on observe une diffusion du cannabis qui ne cesse d'augmenter depuis ces dernières décennies. En population adulte elle est la substance illicite la plus consommée, l'expérimentation du cannabis concernerait 45 % des adultes de 18 à 64 ans. Vingt-cinq pourcent des usagers actuels de 18 à 64 ans présentent un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance (46). La consommation de cannabis représente 20 % des recours en CSAPA, soit une file active de plus de 61 000 patients en 2019. Les profils des usagers de cannabis vus en CSAPA sont pour 86 % de sexe masculin, un âge médian de 25 ans et les 2/3 ont moins de 30 ans, 42 % vivent chez leurs parents, 22 % vivent seuls et 20 % avec un conjoint, 28 % exercent une activité rémunérée, 24 % sont étudiants et 19 % sont sans emploi, 44 % sont orientés vers les CSAPA suite à une orientation judiciaire, 10% adressés par un partenaire sanitaire et 36 % à leur initiative ou de leur famille, 65 % sont considérés comme dépendants à cette substance (49).



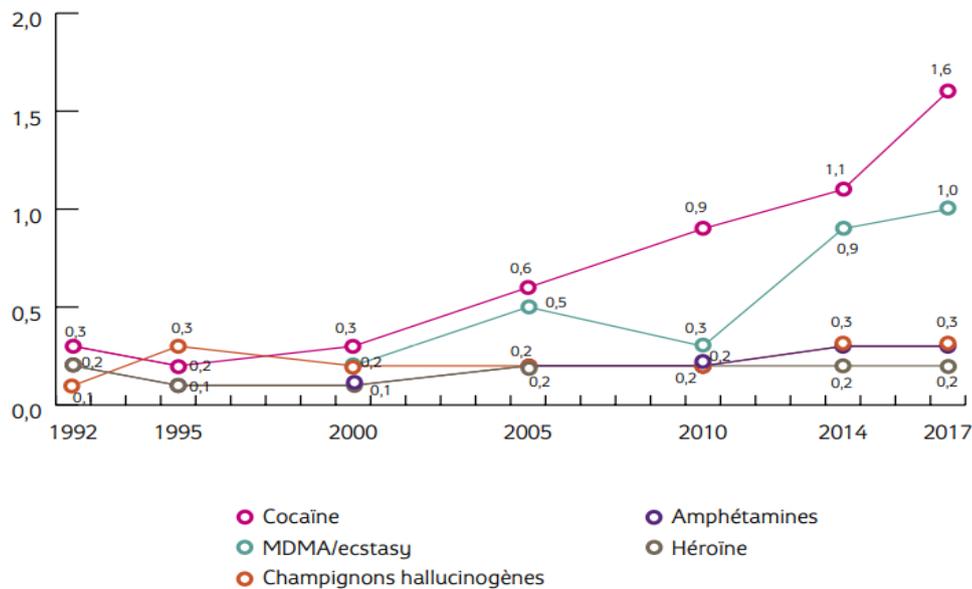
Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, Santé publique France, exploitation OFDT

Figure 6. Evolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2017, parmi les 18-64 ans (%) (54)

Concernant les services d'urgence, en France, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a exploité les données du réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR) de 2008 à 2015 révélant que le cannabis était devenu le produit le plus souvent en cause dans les passages aux urgences en lien avec un usage de substance illicite en 2015 (26).

c. Produits illicites (hors cannabis)

En 2017 en France, les usagers réguliers de drogues concernaient 350 000 personnes parmi les 18-75 ans (46,54). En 2016, la file active des Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) était estimée à 80 000 personnes. Selon l'enquête En-CAARUD, il s'agit d'une population vieillissante puisque l'âge moyen est passé de 33 ans à 41 ans, 7 usagers sur 10 vivent seuls, la moitié seulement dispose d'un logement fixe, un quart sont sans domicile fixe et plus d'un usager sur cinq ne dispose d'aucun revenu (55). En 2017, 537 décès par surdose ont été signalés. Les opioïdes et la cocaïne étaient en cause dans la majorité des cas représentant respectivement 78 % et 26 % des décès (46).



Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, Santé publique France, exploitation OFDT

Figure 7. Evolution de l'usage des principales drogues illicites autres que le cannabis entre 1992 et 2017 parmi les 18-64 ans (%) (55)

Concernant la cocaïne en France, elle est la seconde substance illicite la plus consommée après le cannabis. Sa consommation a nettement augmenté depuis les dernières décennies comme le décrit la Figure 7. Chez les 15-64 ans, le nombre de consommateurs de cocaïne est passé de 12 800 à 42 800 entre 2010 et 2019, et 54 % des usagers vus en CAARUD avaient consommé de la cocaïne dans le mois contre 32% en 2015 (46,55). Pourtant la file active de consommateurs de cocaïne dans les CSAPA reste faible comparée au nombre d'usager, elle était estimée à 10 000 usagers en 2019. Selon le rapport de l'HAS de 2010, la demande de soins reste faible parmi les consommateurs de cocaïne car ils ne se « reconnaîtraient pas dans l'image que renvoie la fréquentation des soins spécialisés, de plus, ils tarderaient à identifier certaines conséquences de leur consommation à l'exception des conséquences financières, qui ne penseraient pas pouvoir résoudre par une réponse sanitaire ». (56)

Concernant la consommation d'héroïne, celle-ci reste stable par rapport à la dernière décennie, (Figure 7) en 2017, elle concernait 0.2 % d'usagers dans l'année parmi les 18-64 ans et 1,3% qui avaient déjà expérimenté l'héroïne (57,58). D'après les enquêtes ESCAPAD, actuellement, chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de l'héroïne est en baisse par rapport à 2014 (47). En 2017, 24 400 personnes ont été hospitalisées avec un diagnostic principal ou associé lié à l'usage d'opioïdes, ce nombre est en légère augmentation depuis 2013 (46). En 2017, 180 000 personnes ont bénéficié de

prescriptions de médicaments de substitution aux opioïdes et 45 000 personnes ont consulté dans les CSAPA pour un usage problématique d'opioïdes (illicite ou non) (46).

Selon l'enquête RECAP, les usagers de produits illicites (hors cannabis) vus dans les CSAPA sont « pour 77% de sexe masculin avec un âge médian de 39 ans, 70 % ont entre 30 et 49 ans, 36% vivent seuls, 28% avec un conjoint, 17% chez ses parents, 20 % sont logés de façon provisoire, 5 % sont sans domicile fixe. Concernant l'activité professionnelle, 30 % travaillent, 12% ont une activité intermittente, 27 % sont sans emploi ; 63 % entrent en contact à leur initiative ou celle de leur proche 25 % sont adressés par une structure sanitaire, 9 % sous ordre judiciaire. Près de 33% n'a jamais été pris en charge auparavant. » (49).

Concernant les passages aux urgences en lien avec un usage de drogues en 2015, l'OFDT a recensé via les données du réseau OSCOUR, 13 161 passages, ce qui représenterait 0,1 % des passages quotidiens en moyenne. Vingt-sept pourcent de ces passages étaient en lien avec l'usage de cannabis, 23 % avec la consommation d'opiacés et la cocaïne était en cause dans 7 % des cas, les autres psychostimulants dans 3 % dans cas, les hallucinogènes dans 4 % des cas et enfin les substances en cause étaient multiples ou non précisées dans 36 % des cas (26).

Enfin, les troubles de l'usage et les conduites addictives sont certainement sous-diagnostiquées aux urgences puisque les recueils de données des études dépendent de la méthodologie choisie, variable selon les études. (Codage CIM-10, mesure d'alcoolémie, diagnostic clinique, questionnaire, etc...) Le trouble de l'usage étant souvent associé au motif principal, il est possible qu'il ne soit pas répertorié dans les données recueillis et donc sous-estimé (53,59,60).

3. Dispositifs de soins en Addictologie

Les soins en addictologie sont organisés en réseau comme le décrit la Figure 8 ci-après. Actuellement, ce dispositif s'appuie sur différents pôles :

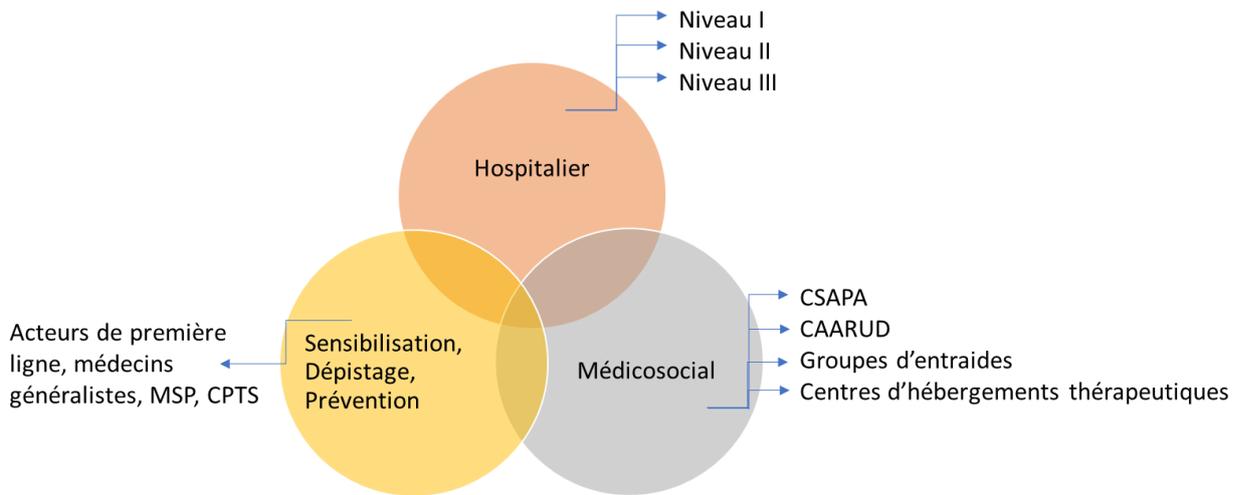


Figure 8. Dispositif de soins addictologique

Un pôle d'intervention, de sensibilisation et de prévention, incluant des acteurs de première ligne comme par exemple les médecins généralistes ; un pôle médico-social spécialisé, incluant des Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), accueillant toute personnes en difficultés avec des consommations de substances psychoactives ou des comportements addictogènes en demande de soins. Ils sont composés d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) proposent des consultations, évaluant la consommation et peuvent également proposer une orientation vers des établissement spécialisés adaptés à la dépendance (hôpital de jour, soins de suite et de réadaptation) ; Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques et des Dommages pour les Usagers de Drogues (CAARUD), accueillant tout usager de substances illicites pas encore prêt à s'engager dans les soins, ils proposent des conseils personnalisés et la mise à disposition de matériel de prévention des risques, et aussi un soutien à l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle ; Les centres d'hébergements thérapeutiques s'adressent à un public de consommateurs dépendants dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale, enfin, les associations d'entraides s'appuyant sur le principe de la « pair-aidance » favorisant le lien social afin de lutter contre l'isolement (les alcooliques anonymes par exemple) (61); Enfin, un pôle hospitalier, se déclinant lui-même selon trois niveaux définis par le plan gouvernemental de 2007-2011 et la circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 comme le décrit la Figure 9.

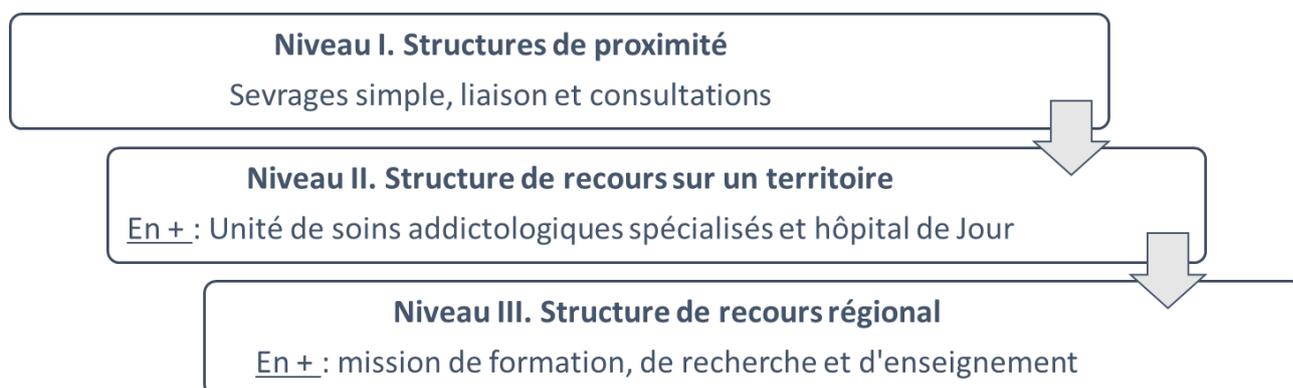


Figure 9. Organisation du pôle hospitalier

Le niveau I du pôle hospitalier regroupe des unités pour la réalisation de sevrage simple, possède une équipe hospitalière de liaison en addictologie et une activité de consultations hospitalières spécialisées. Le niveau II en plus des missions du niveau I peut réaliser des sevrages dits « complexe » lorsque plusieurs substances, comorbidités somatiques et/ou psychiatriques sont concomitantes, un hôpital de jour (HDJ) et enfin des unités de soins de suites et de réadaptation en addictologie (SSRA) qui sont des structures post-sevrage, ayant pour objectif de consolider le sevrage thérapeutique, de réadapter le sujet, afin de promouvoir sa réinsertion. Enfin, le niveau III, en plus des activités des niveaux précédents possède une activité de recherche et d'enseignement.

4. Equipes de liaison et de soins en addictologie aux urgences

a. Présentation

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ont été créées en 1996 et sont aujourd'hui plus de 250 en France. Elles sont essentielles dans le repérage et la prise en charge des personnes souffrant de problématiques addictives. Elles permettent la coordination entre les services en intra-hospitalier et l'orientation des patients vers les dispositifs de soins extrahospitaliers (CSAPA, CAARUD, pharmacie, structure médico-sociale, médecine de ville...). Elles assurent une fluidité dans le parcours de santé de ces patients. Elles sont une composante des structures d'addictologie hospitalière de niveau 1,2 et 3 (Figure 9).

En 2010, selon l'OFDT, 297 établissements de santé déclarent être dotés d'une ELSA et 476 d'une consultation en addictologie.

La dimension pluridisciplinaire paraît essentielle et dans les faits les ELSA devraient être composées de : médecin généraliste, psychiatre, cadre de santé, infirmier, secrétaire, assistant social, psychologue, sage-femme et diététicien. Cependant, de nombreuses équipes n'ont pas toutes ces ressources (62).

b. Les missions

Leurs missions, définies par la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie consistent à « *Former, conseiller et assister les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive ; intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en soutien aux équipes soignantes, enfin, développer des liens avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.* » (63).

L'objectif est aussi d'augmenter l'autonomie des équipes de soins par transfert de compétences (63). Il peut s'agir de sensibilisation afin de repérer les principaux troubles liés à l'usage, d'élaborer des protocoles de prévention (comme les complications de sevrage en alcool en post-opératoire par exemple), ou encore de prévenir des sorties contre avis médical induites par les états de sevrage iatrogène (tabac, cocaïne, opiacés...) (62).

Le but étant pour les patients n'ayant jamais bénéficié de prise en charge en addictologie, de faciliter le premier contact avec les soins addictologiques durant leur hospitalisation en service de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ou au service d'accueil des urgences (SAU), les réévaluer rapidement en consultation post-urgence ou post-liaison pour organiser la poursuite des soins dans le but d'instaurer des soins addictologiques au long cours pour les patients. Pour les patients déjà pris en charge en addictologie, il s'agit de mettre l'accent sur la liaison et la coordination avec l'équipe d'addictologie référente du patient et éventuellement adapter le traitement addictolytique. Enfin, pour les équipes soignantes afin d'élargir les champs de compétences, les ELSA peuvent organiser des présentations dans les divers services, discuter des situations complexes rencontrées, élaborer des protocoles ou encore aider à prescrire les traitements de substitutions opiacés ou nicotiques.

L'intervention des ELSA tente d'optimiser au mieux le temps de séjour hospitalier du patient de façon à créer les meilleures conditions possibles pour orienter et favoriser une

adhésion aux soins. Cependant, cette opportunité peut être menacée par certaines difficultés rencontrées.

c. Difficultés

i. Temps

Le temps des prestataires aux urgences est limité. En effet, les services d'accueil des urgences sont contraints par le temps du fait du flux arrivant de patients. Les lits ne peuvent pas être occupés trop longtemps, les patients sont vite orientés soit dans un service hospitalier soit vers un retour au domicile une fois les examens effectués. Parfois, il s'agit également du patient lui-même qui refuse d'attendre l'entretien avec l'équipe de liaison des urgences (20,64–66).

ii. Manque de moyens

Tous les services d'urgence ne fonctionnent pas de la même façon et ne sont pas tous dotés d'équipe de liaison en addictologie, de même, tous les hôpitaux ne disposent pas de dispositifs intra- et/ou extrahospitaliers capables de prendre en charge les patients rapidement. La composition des ELSA est hétérogène selon les hôpitaux, leur champ d'intervention peut différer ainsi que leurs moyens et outils. Sur le plan pratique, tous ne peuvent assurer une permanence des soins car le passage des ELSA dans les urgences n'est pas continu et peut varier selon les hôpitaux (62).

iii. Niveau de conscience

Si le patient ne fait pas le lien entre sa venue aux urgences et un trouble de l'usage potentiel sous-jacent, l'intervention peut être vécue comme une intrusion importune et l'adhésion aux soins ne sera pas effective (18,19).

iv. Sensibilisation des équipes soignantes

Si le personnel soignant des urgences n'est pas suffisamment formé et sensible au repérage des conduites addictives, il existe une perte de chance pour ces patients (59,67). Une étude révèle que plus de 85% des membres du personnel soignant des services d'urgences ont indiqué que le manque de motivation des patients rendaient très difficile les interventions en matière d'alcool, de fait, seuls 5% d'entre eux procédaient à un dépistage systématique, 16% effectuaient des interventions brèves et seulement 27 % orientaient les patients vers des services d'addictologie (68).

v. Diversité des situations cliniques rencontrées

Les patients admis aux urgences présentent tous des situations différentes en termes d'âge, de sexe, d'antécédents, de comorbidités psychiatriques ou somatiques, de

sévérité du trouble de l'usage, de la substance consommée, de stade motivationnel, d'environnement socio-culturel, de la situation sociale, du niveau d'insertion dans la société, du niveau cognitif, de la personnalité. Une étude récente visait à caractériser les profils cliniques des patients admis aux urgences et a distingué six profils différents en ce qui concernait l'âge, le statut de logement, les revenus, le motif d'admission, le niveau de gravité à l'arrivée, les antécédents psychiatriques, les antécédents médicaux, le traitement proposé, la durée de la visite aux urgences. Cette diversité clinique va largement complexifier l'évaluation et l'orientation de ces patients ; une approche multidimensionnelle et intégrée est donc nécessaire (69).

vi. Stigmatisation et représentations socioculturelles

Elle peut être un frein dans les services de soins. La stigmatisation des « usagers de drogues » est retrouvée en population générale mais aussi parmi le système soignant, une revue de littérature publiée en 2013, relate que les professionnels de la santé avaient généralement une attitude négative envers les patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances (70). Une autre revue de littérature publiée en 2011, a relevé que par rapport aux personnes souffrant d'autres troubles mentaux non liés à une substance, « *les personnes souffrant d'un trouble de l'usage à l'alcool étaient moins souvent considérées comme des malades mentaux, étaient tenues beaucoup plus responsables de leur état et provoquaient plus de rejet social et d'émotions négatives* » (71).

Enfin, l'alcool est un produit de consommation courante, doté d'une fonction sociale qui organise un mode de relation aux autres et participe à la construction des identités (72). La place importante que représente l'alcool dans notre société aussi bien d'un point de vue économique que culturelle (normes, rituels, socialisation, partage, convivialité, plaisir, danger) rend difficile la mise en place des mesures de prévention des conséquences sanitaires (73–75).

5. Outils et interventions aux urgences

a. Réduction des risques et des dommages

La politique de réduction des risques et des dommages s'inscrit dans une évolution du champ de la prévention et du soin en addictologie. Elle désigne, de manière générale, l'ensemble « *des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de substances psychoactives (...) par les personnes*

que ne souhaitent pas ou ne peuvent pas cesser de consommer. » (Définition proposée par l'International Harm Reduction Association, IHRA).

Selon l'article L.3411-8 du Code de la santé publique, elle vise à : « *Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives, orienter les usagers de drogues vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale, promouvoir et distribuer des matériels produits de santé destinés à la réduction des risques, enfin, promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques* ».

Un des concepts principaux dans la prise en charge en addictologie est de laisser le sujet fixer lui-même ses objectifs, afin de maintenir le lien thérapeutique avec lui.

b. Repérage précoce et intervention brève

Le repérage précoce et l'intervention brève s'inscrivent dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives de 2013-2017, visant à réduire les risques liés à une consommation excessive d'alcool. « *Le repérage précoce concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire qui évalue le risque encouru du consommateur. L'objectif est de repérer les consommations à risques de dommages, à l'aide de seuils quand ils existent* » (76).

C'est dans cette politique de repérage précoce que la Haute Autorité de Santé a mis à disposition des guides de recommandation et plusieurs outils simple d'utilisation, pour les professionnels de santé de premier recours (76) :

Pour l'alcool, il existe plusieurs questionnaires standardisés tels que le questionnaire FACE qui a pour but de confirmer l'existence d'un mésusage d'alcool (Annexe Figure 18), les critères définis par le DSM-5 aideront à rechercher des signes de dépendance physique et psychique et les questionnaires AUDIT (Annexe Figure 20) qui ont pour but de distinguer une alcoolodépendance probable (score > 11 chez les femmes et > 12 chez les hommes) d'un usage nocif (score entre 8 et 12 pour les hommes et entre 7 et 11 pour les femmes) du sujet non dépendant. Pour le cannabis, le questionnaire CAST est utile pour repérer un usage nocif ou une dépendance (Annexe Figure 17, Figure 20). Pour le tabac, l'HAS préconise le « *conseil d'arrêt* » qui consiste à recommander au fumeur d'arrêter sa consommation quelle que soit la quantité consommée.

Une fois qu'une consommation excessive est repérée, une intervention brève et structurée devrait être réalisée. La posture du soignant doit être non jugeante, empathique et à l'écoute.

La Haute Autorité de Santé propose de la réaliser dans ce sens : « *Restituer les résultats des questionnaires de consommation, informer sur les risques concernant la consommation de substance, évaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels, identifier les représentations et les attentes du consommateur, échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation, expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation, proposer des objectifs et laisser le choix, évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation, donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation et enfin, remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum.* » (76).

Plusieurs études ont conclu que le repérage précoce et l'intervention brève avait un impact positif sur la mortalité liée à l'alcool en réduisant sa consommation pour les consommateurs à risque (50,77). Les études portant sur l'intervention brève ont surtout été évaluées pour l'alcool et moins pour les autres substances psychoactives. De plus, les études s'intéressant aux interventions brèves aux urgences portent essentiellement sur leur efficacité à réduire la consommation ultérieure d'alcool sans obligatoirement orienter les patients vers un traitement spécialisé. Enfin, les études sur l'efficacité de l'intervention brève et de l'orientation aux urgences vers un traitement spécialisé sont mitigées (35,66,78). Aucune preuve claire n'a été rapportée concernant les patients atteints de trouble de l'usage d'intensité sévère (17).

c. Approche motivationnelle

L'approche motivationnelle décrit par Miller en 1983 (79) puis conceptualisée par Miller et Rollnick en 1992 (80) est « une approche centrée sur la personne dont le but est d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et résoudre son ambivalence » (81,82). Il est important de noter que cette approche repose sur une relation collaborative entre le patient et son thérapeute et non sur une confrontation.

L'entretien motivationnel peut nécessiter plusieurs séances dont une première partie consiste à analyser de manière globale la situation et amener le patient vers une décision

de changement. La seconde consiste à consolider cette décision et à entreprendre des actions pour y parvenir.

Dès lors, de nombreux essais randomisés et contrôlés ont démontré l'efficacité de cette approche (83).

L'entretien motivationnel est aujourd'hui promu par la Haute Autorité de Santé dans l'accompagnement des malades souffrant de pathologies chroniques afin de :
« *Reconnaître, susciter, soutenir un désir de changement ; Comprendre et gérer les processus de changement, repérer la résistance et l'ambivalence (indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou faisable d'un changement) ; Levée des obstacles au changement ; Augmenter la motivation au changement ; Augmenter ses capacités d'écoute active, d'empathie et enfin influencer favorablement le résultat de conseils ou de prescriptions.* ».

Cette technique peut permettre à la personne d'accepter les soins (82).

Prochaska et DiClemente, ont décrit les différents stades motivationnels du changement dans lesquels chaque individu peut se retrouver selon différents moments comme le schématise la Figure 10 (84). Il y a le stade de pré-contemplation où le sujet n'identifie aucune conséquence de sa consommation. La contemplation, marquée par l'ambivalence : le sujet perçoit les conséquences de sa consommation mais hésite à renoncer aux bénéfices que lui apporte la consommation. La décision : le sujet se sent prêt à passer à l'action dans un futur proche et commence à prendre des décisions. L'action : le changement est engagé, le sujet apporte des modifications dans son style de vie. Le Maintien : les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique. La rechute : Le sujet revient au comportement problématique. Elle fait partie du processus normal de changement. Et enfin, la sortie permanente signifiant la consolidation du stade du maintien.

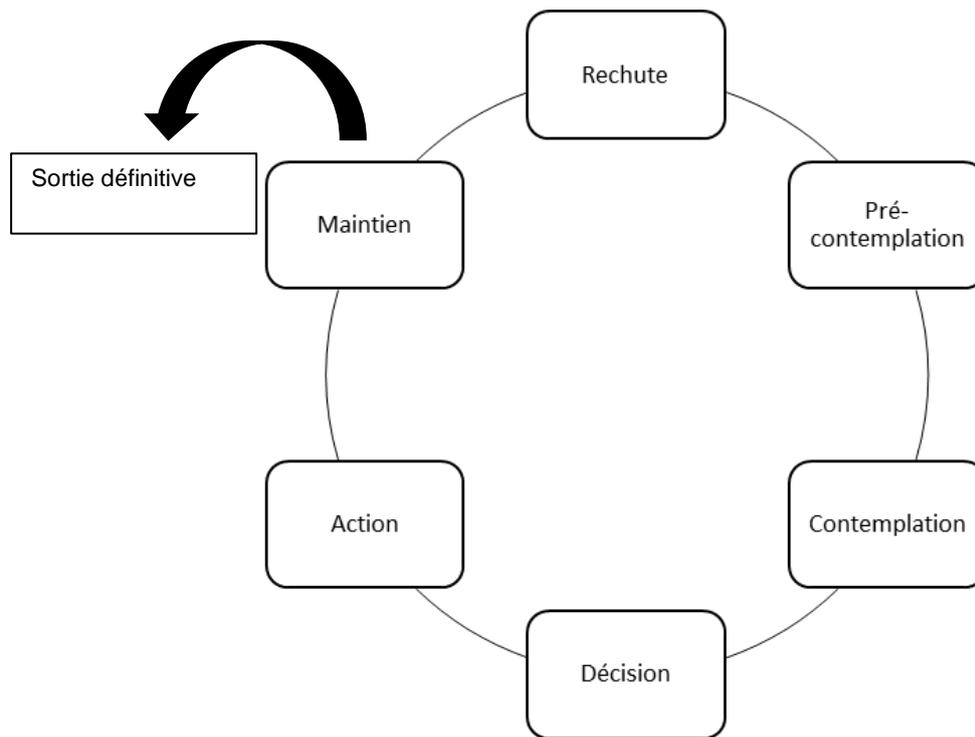


Figure 10. Schématisation du modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente (1982)

Plusieurs études sont claires quant au rôle déterminant que joue la motivation dans la prise en charge globale du patient souffrant de dépendance (81,85–87). Une équipe de chercheurs a montré que « *les patients se situant au stade motivationnel de précontemplation* » avaient un « *insight* », c'est-à-dire, une conscience des troubles, plus faible que les autres groupes et ainsi que plus le score d'insight était élevé, plus les patients avaient de grande possibilité de se situer au stade de la contemplation ou de l'action. Selon eux, la motivation et une bonne conscience du trouble sont nécessaires pour qu'un changement de comportement soit possible (88).

Aux urgences, les personnes concernées par un trouble de l'usage de substances psychoactives se situant au stade motivationnel de pré-contemplation ou de contemplation est important (89). Cependant, il a été constaté que l'entretien motivationnel n'était pas évident à appliquer lors des rencontres courtes avec les acteurs de soins primaires tels que les services d'urgences par exemple, de fait, un style d'entretien motivationnel bref (45 secondes à quelques minutes) a été développé (90). En effet, « *comprendre à quel stade de changement se trouve le patient peut aider à structurer de manière productive la communication entre l'intervenant aux urgences et le buveur problématique. Par exemple, le fait de savoir que le patient est un pré contemplatif*

indique à l'intervenant des urgences que le simple fait de conseiller à ce patient d'arrêter de boire ou de lui recommander une réadaptation peut ne pas l'aider car il n'est pas conscient de son problème d'alcool. » (89).

Le rapport de l'United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) promeut les interventions brèves et les entretiens motivationnels pouvant réduire de manière significative l'usage des drogues, de l'alcool et du tabac, à court et à long terme. Cependant, il n'existe pas d'ensemble de lignes directrices largement approuvées en matière d'orientation de traitement pour les troubles de l'usage (91,92).

6. Stratégies thérapeutiques selon la modalité de l'usage

Pour toutes substances psychoactives, les objectifs de prise en charge visent idéalement à un arrêt durable du mésusage. Pour l'alcool, l'objectif de prise en charge vise idéalement à un arrêt complet de l'usage ou à un retour à un usage à faible risque. Si l'arrêt du mésusage ne peut être obtenu, la réduction partielle de consommation peut être une stratégie visant à réduire les risques et les dommages médicaux et sociaux associés. Elle peut constituer une étape dans le parcours de soins en fixant des objectifs thérapeutiques intermédiaires avant d'atteindre un arrêt d'usage ultérieurement (93).

Comme le schématise la Figure 11. Pyramide de SkinnerFigure 11, l'information, la prévention primaire peut être utile lorsqu'il existe un usage simple c'est-à-dire sans dépendance ni dommages aux niveaux psycho-affectifs, sociaux et/ou somatiques mais qui peuvent parfois se retrouver dans des situations à risques. Il est rare de rencontrer ces patients aux urgences admis directement pour un motif en lien avec une consommation de substances psychoactives.

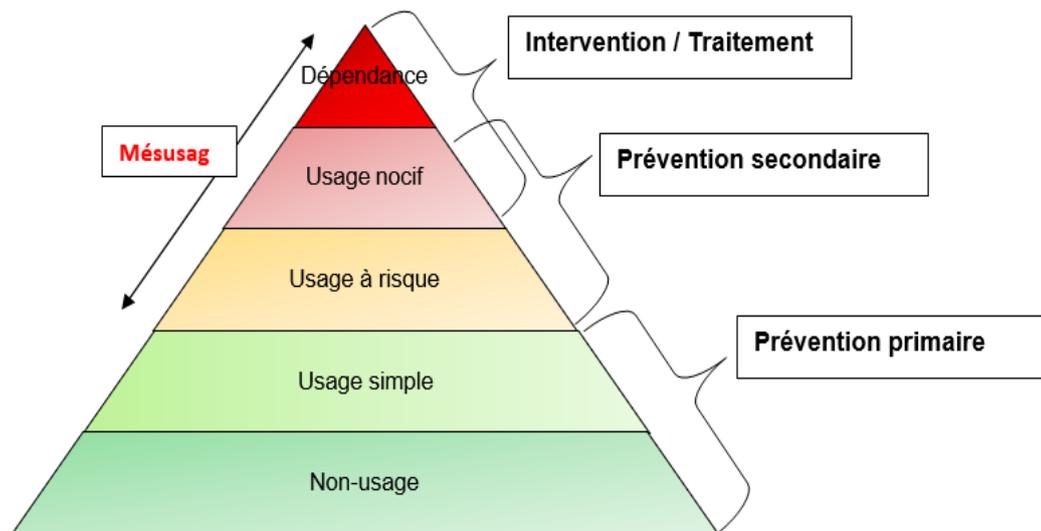


Figure 11. Pyramide de Skinner

Les conseils brefs ciblent essentiellement les patients présentant un usage à risque (comportant de faibles problèmes), afin de modifier le comportement face à la consommation. Ces patients peuvent être rencontrés aux urgences, il s'agit souvent des adolescents ou de jeunes adultes. Plusieurs études estiment que les conseils brefs avec des brochures sur place permettent une intervention active en tenant compte des contraintes temporelles rencontrées aux urgences, plutôt que de ne pas intervenir du tout, ils semblent être le niveau minimal d'intervention malgré une absence d'efficacité claire (6,17,67).

L'intervention brève et motivationnelle s'adresse essentiellement aux patients présentant un usage nocif (problèmes modérés) dans le cadre d'une prévention secondaire. Les patients ayant une dépendance et/ou des problèmes importants devront être orientés afin de bénéficier d'un traitement spécialisé (17,94).

7. Adhésion aux soins post-urgences

a. Retard à la prise en charge addictologique

D'après l'étude réalisée par Paille et Raynaud en 2015, les séjours hospitaliers liés à l'alcool sont une des toutes premières causes d'hospitalisation en France : les premières hospitalisations pour intoxication éthylique aiguë aux urgences surviendraient en moyenne 13 ans avant les hospitalisations pour des complications somatiques chroniques liées à l'installation d'une dépendance à l'alcool (95). Le bulletin de l'Organisation Mondial de la Santé (OMS) de 2004 a révélé que l'écart entre les

personnes souffrant d'un trouble de l'usage et/ou d'une dépendance nécessitant un traitement et les personnes recevant réellement un traitement était de 78,1%, c'est-dire que moins de 20% des personnes bénéficiaient réellement d'un traitement, qu'il soit pharmacologique ou psychothérapeutique (14). Aux Etats-Unis, en 2019, les rapports ont indiqué que seuls 1,5% des personnes âgés de 12 ans et plus ayant un diagnostic de trouble lié à l'usage, avaient reçu un traitement qu'il soit pharmacologique ou psychothérapeutique (96). En 2020, une méta-analyse internationale, conclut que dans le monde, environ une personne sur six seulement souffrant d'un trouble de l'usage à l'alcool recevait un traitement qu'il soit psychothérapeutique ou pharmacologique (97),

Comme évoqué plus haut, les problèmes d'observance au traitement, les abandons précoces et les rechutes sont des problèmes fréquents dans les services de prise en charge des patients souffrant de dépendance. Une étude avançait que les risques d'abandons étaient plus fréquents en début de prise en charge et que le maintien dans le traitement était un des facteurs prédictifs les plus importants pour le succès d'un programme thérapeutique (85,98). Pour certains auteurs, le manque de motivation est l'une des causes d'abandon de traitement, d'un faible investissement ou de rechutes (87). Selon une enquête menée par ELSA France, le taux de retour vers les soins constatés par les ELSA lorsqu'elles assurent l'interface transitoire en attendant une consultation externe est excellent : près de 80% des patients se présentent lorsque la consultation est donnée dans un délai de 24 heures et 50 % dans un délai de 48 heures (7,62).

Le temps entre la sortie des urgences et la première consultation addictologique devrait être le plus court possible pour favoriser les soins (62).

b. Place des soins continus et de l'hospitalisation en addictologie

En addictologie, l'hospitalisation est peu recommandée en urgence. Dans la majorité des cas, elle est réalisée dans un cadre programmé. Lorsque la demande de sevrage est demandée en urgence soit par l'entourage soit par le patient lui-même c'est que celle-ci résulte la plupart du temps d'une crise vécue par l'entourage ou le patient. Dans cette situation, l'hospitalisation en addictologie est le plus souvent mise en échec amenant à un arrêt prématuré des soins du fait d'une confusion entre la situation de crise et les soins addictologiques. « *L'urgence de l'hospitalisation n'est pas liée au soins addictologiques en soi mais au retentissement somatique ou psychiatrique de la conduite addictive ou à ses comorbidités.* » (99,100).

Quelques études ont montré que les soins hospitaliers comparés aux soins ambulatoires en addictologie n'ont pas montré une grande différence en termes d'efficacité néanmoins qu'il existait une différence en termes de coût (101,102). Par ailleurs, d'autres études ont démontré que le recours à un traitement formel prolongé, comme les programmes d'hospitalisation, les programmes de consultation externe ou les groupes d'entraide, jouaient un rôle important dans le rétablissement abstinente et non abstinente des personnes souffrant de troubles de l'usage des substances psychoactives (17,103).

Étant donné qu'une réduction de la consommation d'alcool chez les personnes est associée à une réduction marquée du risque de mortalité (104), l'identification des interventions qui augmentent efficacement le recours à un traitement spécialisé pourrait être extrêmement bénéfique pour atténuer les conséquences des troubles de l'usage (17,105–107).

c. Adopter une démarche de soins plus proactive ?

Bien que la réception d'une intervention brève n'ait pas été associée de manière significative à l'initiation ultérieure d'un traitement contre la dépendance à l'alcool, des études ont rapporté des modifications de comportement par une réduction de la consommation d'alcool après l'intervention (88,108–111). Cependant, les preuves de l'efficacité de l'intervention brève ne sont pas suffisantes actuellement et nécessitent de prendre en compte la sévérité du trouble de l'usage et le recours à un plus grand nombre d'études. L'intervention brève est considérée comme une approche de faible intensité pour orienter les personnes vers des soins spécialisés et suggère que des efforts plus intensifs, par exemple, un suivi téléphonique ou un contact continu peuvent être nécessaires pour fournir des liens efficaces (87,109,111–113).

i. VigilanS

Pour citer un exemple, en psychiatrie, a été créé Vigilans, un dispositif de veille sanitaire, lancé dans la région du Nord-Pas-de-Calais depuis 2015. Il s'agit d'un programme de suivi reposant sur la dimension du « maintien de contact » mis en place pour la population à risque élevé de récidiver une tentative de suicide. En premier lieu, le maintien de contact avait été mis en place par le biais, d'un envoi de lettres ou de cartes postales après la sortie des urgences ; la remise d'une carte de crise qui propose une ligne téléphonique ; et un appel téléphonique à une certaine distance après la sortie. Ce programme nommé Vigilans a pour objectif de renforcer un « sentiment de connexion » avec le patient car l'adhésion au traitement est particulièrement faible dans un contexte souvent isolé des liens sociaux (114,115). L'étude SYSCALL, a mesuré l'impact d'un

recontacte téléphonique systématique après une tentative de suicide sur la récurrence précoce. Le taux de récurrences suicidaires dans l'année suivant le geste, était significativement plus faible après le rappel téléphonique à un mois (116). Une étude qualitative sur le vécu subjectif des patients ayant été rappelés trouve que cette prise de contact téléphonique fut bénéfique pour plus de deux-tiers d'entre eux (117).

d. Les rappels téléphoniques en pratique en addictologie

La période entre la recherche initiale de traitement et l'engagement dans un traitement est une période fragile pour les personnes souffrant d'un trouble de l'usage aux substances psychoactives car la motivation peut être rapidement altérée par les symptômes physiologiques du sevrage et de l'envie de consommer la substance. Une étude révélaient que plus de 50% des patients désireux de recevoir une intervention après la sortie des urgences ne se présentaient pas à leur premier rendez-vous (118). Une étude a montré que le fait d'offrir un soutien émotionnel aux participants lors d'une première intervention permettait de prédire la rétention de ces derniers dans les soins (1) tout comme le montrait l'étude de Miller en 1985 où la motivation du patient et sa rétention dans le traitement pouvait être fortement impactée par ce que le thérapeute faisait lors de son intervention.

Des études ont montré que les modèles de soins continus et de soutien à long terme constituaient une amélioration par rapport aux soins standards (106,119–121). Par exemple, une équipe de chercheurs a montré qu'un suivi téléphonique chez des patients ayant terminé un programme de soins intensifs pour l'usage d'alcool et de cocaïne s'était avéré efficace pour prévenir les rechutes et augmenter le taux de participation à des groupes thérapeutiques (120).

Cet outil a l'avantage de maintenir une relation avec le patient, de suivre la consommation de substances et d'orienter vers les soins pour intensifier le traitement si nécessaire. En effet des auteurs ont montré que même si une séance d'entretien motivationnel pouvait avoir une efficacité à court terme sur une diminution des consommations, l'effet pouvait s'estomper à 12 mois (122). D'autres ont montré qu'une intervention téléphonique dans une population d'abuseurs d'alcool, diminuait les comportements d'alcoolisation et les conséquences négatives liées à l'alcool mais sans différence concernant la consommation d'alcool à 12 mois. Cela suggère que plusieurs interventions peuvent être nécessaires pour entretenir la motivation au changement du comportement vis-à-vis de la consommation sur le long terme.

En adoptant l'outil des rappels téléphoniques, certaines études ont proposé des séances de suivi par téléphone après la visite aux urgences des patients ayant un trouble de l'usage aux substances psychoactives, « *présentant l'avantage de ne pas prolonger le temps d'occupation des urgences, de ne pas perturber le patient de ses soins médicaux et d'organiser les soins de manière plus efficace, tout en tirant parti de l'enseignement que représentait une visite aux urgences leur rappelant l'entretien initial mené aux urgences, d'encourager et de renforcer leur engagement à changer* » (19,24).

L'Institut Nord-Américain des drogues (NIDA) a testé l'efficacité d'un modèle de dépistage, d'intervention brève motivationnelle et d'orientation vers un traitement depuis les services d'urgences ciblant les patients ayant un usage abusif ou une dépendance aux substances psychoactives (123). Dans ce modèle, une intervention brève motivationnelle leur était proposée associée à deux sessions de rappels téléphoniques : la première dans les trois jours suivant la sortie des urgences, la seconde, dans les sept jours suivant la sortie des urgences. Un premier groupe a été comparé à un deuxième bénéficiant seulement d'un dépistage et enfin à un troisième, recevant un dépistage, une évaluation, une information brève et une orientation vers un traitement si besoin. Les résultats allaient en faveur d'une réduction de la consommation des substances de manière plus importante dans le groupe ayant reçu l'intervention motivationnelle et les rappels téléphoniques que dans les autres groupes (123).

Selon, une revue de littérature, les études (19,20,22,23,25,123,124) ayant intégrées des séances de rappel après la visite initiale aux urgences semblent varier selon un certain nombre de dimensions telles que les taux d'achèvement et la durée (125); la littérature contient peu d'informations sur leur efficacité et leur mise en œuvre (66,97). Les études diffèrent selon la population cible (patients blessés admis en traumatologie, services d'urgences adultes, services d'urgences pédiatriques), le degré de sévérité de l'usage, la méthodologie choisie et sur le critère de jugement ; la plupart ont cherché un effet sur une réduction de la consommation de la substance psychoactive à court et moyen terme de la sortie des urgences. Une étude randomisée a ciblé une population de consommateurs d'alcool non dépendants, admis en traumatologie : un groupe a bénéficié d'une information brève et des conseils, une brochure et un contact téléphonique après la sortie, un autre groupe recevait une intervention brève motivationnelle, une lettre et deux contacts téléphoniques après la sortie. Les deux groupes avaient réduit de manière significative leur consommation d'alcool et les conséquences négatives liées à la consommation à 12 mois (22). Une autre étude a également montré une efficacité de

l'intervention téléphonique parmi une population de consommateurs d'alcool à haut risque admis aux urgences dans un contexte de blessures (20). En dehors de l'alcool, une étude a aussi montré une efficacité de l'intervention brève et du rappel téléphonique dans une population de jeunes, âgés de 14 à 21 ans, sur la réduction et l'arrêt de la consommation de cannabis (124).

De nombreuses études se sont orientées vers une intervention aux urgences qui viserait une réduction de la consommation des substances psychoactives, cependant, peu d'études se sont demandées si le contexte des soins des urgences n'était pas plus approprié pour motiver les patients à s'inscrire dans une filière de soins spécialisés (66).

C'est dans ce cadre, que l'objet de notre étude a été proposé.

II. Etude observationnelle d'une intervention téléphonique précoce et de l'adhésion aux soins addictologiques

1. Problématique

Pour tenter d'améliorer le taux de participation aux soins spécialisés après une orientation aux urgences, l'équipe de liaison d'addictologie du CHU de Lille a mis en place, depuis juin 2021, un système de rappels téléphoniques précoces pour les patients admis aux urgences souffrant d'un trouble de l'usage des substances psychoactives. L'objectif principal de l'étude, était d'analyser l'impact de l'intervention téléphonique par rapport à l'adhésion aux soins addictologiques. L'hypothèse formulée était que les patients ayant adhéré aux soins auraient plus répondu au téléphone par rapport aux non adhérents aux soins. L'objectif secondaire était de décrire les différences caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques des individus en comparant les groupes selon le statut de l'adhésion aux soins puis selon le statut de la réponse au téléphone.

2. Méthodologie

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive, monocentrique et rétrospective, incluant les sujets admis aux urgences de l'hôpital Roger Salengro du Centre Hospitalo-Universitaire de Lille pour des motifs d'admission en lien direct ou indirect avec un trouble de l'usage de substance psychoactive et ayant rencontré l'équipe de liaison et d'addictologie de juin 2021 à décembre 2021.

a. Contexte

L'équipe de liaison d'addictologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Lille est rattachée au pôle de psychiatrie et d'addictologie, elle se situe au sein de l'hôpital Michel Fontan 2 qui est un service d'addictologie de niveau 3 (Figure 9). Le service d'addictologie et le service des urgences du centre hospitalo-universitaire de Lille ont établi un partenariat à partir de juin 2021, permettant ainsi à l'équipe de liaison d'intervenir au sein des urgences. C'est dans le cadre du programme régional de santé financé par l'Agence Régionale de Santé que l'équipe de liaison a pu mettre en place un protocole de rappel téléphonique précoce à la sortie des urgences pour tous les patients rencontrés aux urgences souffrant d'un trouble de l'usage aux substances psychoactives. Cette approche a été pensée comme pouvant développer un sentiment de connexion et d'alliance thérapeutique avec le patient afin d'encourager leur motivation au changement, en vue d'améliorer le taux de participation aux soins addictologiques de façon plus précoce.

b. Composition et fonctionnement de l'équipe

Cette équipe de liaison d'addictologie est composée de deux infirmiers diplômés d'état, de trois internes en psychiatrie et d'un médecin sénior. L'équipe se déplace aux urgences en binôme, composé d'un(e) interne et d'un infirmier. Les horaires de passages aux urgences sont de 9h00 à 12h00 du lundi au vendredi. Des avis téléphoniques sont pris en dehors de ces horaires si besoin.

L'équipe de liaison a mis en place un protocole de rappel téléphonique à 48 heures, 7 jours et 14 jours de la sortie des urgences pour tous les patients présentant un trouble de l'usage en substances psychoactives. L'accord des patients était recherché en amont. Ce protocole comprend également les patients qui n'ont pas pu être vus par l'équipe de liaison physiquement mais qui ont été repérés par l'urgentiste et qui ont donné leur accord pour être rappelés par l'équipe de liaison.

c. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients inclus représentent tous les patients majeurs admis aux urgences, adressés par les urgentistes auprès de l'équipe de liaison, présentant un trouble de l'usage d'intensité légère à sévère aux substances psychoactives.

Les critères d'exclusion retenus après analyse des dossiers ont été :

- Les patients présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA) sans autres dépendances associées

- Les patients ne présentant pas de trouble de l'usage (TU), c'est-à-dire qui ne cochent qu'un seul ou aucun critère dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (Tableau 1).
- Les patients se situant au stade motivationnel de maintien d'une abstinence
- Les patients hospitalisés dans un service de médecine, de chirurgie ou de psychiatrie à la suite de leur passage aux urgences n'ont pas été inclus dans le protocole de rappel téléphonique et l'adhésion aux soins n'a pas été étudiée dans cette population.

d. Le recueil des données

Les « fiches » de liaison (Annexe) sont remplies par l'interne ou l'infirmier lors de l'entretien réalisé aux urgences. Elles ont ensuite servi pour le recueil de données regroupant les informations suivantes :

- Les données sociodémographiques :
 - Âge,
 - Sexe,
 - Domicile (sans domicile, logement personnel, foyer/hébergement),
 - Situation familiale (en couple, enfants),
 - Activité professionnelle (travail, sans emploi, arrêt travail, invalidité, retraités, étudiants),
 - La variable « Emploi » comprenait trop de catégories pour les analyses à suivre, une variable simplifiée « Activité professionnelle : absence ou présence », a été ajoutée regroupant les catégories « sans emploi », « invalidité », « arrêt maladie/travail » d'une part et la catégorie « emploi stable/CDI/CDD » dans une autre,
 - Mesure de protection judiciaire (tutelle ou curatelle),
 - Antécédents addictologiques (présence de suivis antérieurs), Comorbidité(s) psychiatrique(s) associée(s),
- Les informations concernant le trouble de l'usage
 - Motif d'admission aux urgences,
 - Nature du ou des produits consommés (Alcool, Cannabis, Cocaïne, Opiacés, Protoxyde d'azote, Autres) ; la catégorie « autres » regroupe les benzodiazépines, les amphétamines (Lsd, ecstasy), les nouveaux produits de synthèse, la kétamine, les champignons hallucinogènes ...),
 - Polyconsommation ou monoconsommation,

- Présence d'antécédents addictologiques (suivis antérieurs spécialisés),
- Quantité d'alcool consommée en moyenne par jour,
- Sévérité du trouble (léger, modéré, sévère),
- Stade motivationnel (précontemplation, contemplation, préparation, action, rechute),
- Pour des raisons méthodologiques, afin de poursuivre l'analyse, la variable « Stade motivationnel » a dû être simplifiée par la variable « Motivation » qui regroupe les stades précontemplation, contemplation et rechute en « peu motivés ou motivation basse » et les stades préparation, action en « motivés ou motivation élevée ».
- La prise en charge et l'orientation :
 - Hospitalisation en service de MCO ou de psychiatrie,
 - Rappels téléphoniques : à 48 heures, à 7 jours, à 14 jours,
 - Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) : si oui, lieu,
 - Hospitalisation à temps complet (HTC) en addictologie programmée,
 - Hospitalisation de jour (HDJ) en addictologie programmée.

Dans un deuxième temps, ces premières informations ont été confrontées au dossier médical informatisé du patient :

- Vérification de la validité des données initiales,
- Recueil des données manquantes,
- Patients contactés avec succès, répondants au 1^{er} appel et/ou au 2^{ème} appel et/ou au 3^{ème} appel.

Dans un troisième temps, à distance de l'inclusion, le statut de l'adhésion a été recueilli auprès des CSAPA et à partir de la base informatique de l'hôpital afin de déterminer si la consultation était honorée ou non dans les 3 mois suivant le passage aux urgences.

e. L'adhésion aux soins

L'adhésion aux soins a été définie par le fait « d'avoir honoré au moins une consultation dans les 3 mois suivant le passage aux urgences parmi les soins spécialisés suivants :

- Consultation post-urgence avec l'équipe de liaison,
- Consultation au Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA),
- Hospitalisation de jour en Addictologie à l'hôpital Fontan 2 (HDJ),

- Hospitalisation programmée à temps complet en Addictologie à l'hôpital Fontan 2 (HTC) ».

La vérification du statut de l'adhésion aux soins a été effectuée directement auprès des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie vers lesquels les patients ont été orientés. Les statuts de l'adhésion pour l'hôpital de jour, l'hospitalisation temps complet et la consultation par l'équipe de liaison, ont pu être déterminés directement par le biais de la base informatique de l'hôpital, afin de savoir si les rendez-vous avaient été honorés ou non.

Les patients dont le statut de l'adhésion n'était pas connu, en particulier ceux pour lesquels les CSAPA n'ont pas voulu nous transmettre leur statut, ont été considérés comme « non adhérents aux soins », c'est-à-dire n'ayant pas consulté.

Le statut de l'adhésion aux soins a été vérifié indépendamment des contenus des entretiens téléphoniques. L'auto déclaration des patients n'a pas été prise en compte dans le recueil de données.

f. Les rappels téléphoniques

Les rappels téléphoniques ont été effectués par l'équipe de liaison de manière systématique à 48 heures, à 7 jours et à 14 jours de la sortie des urgences pour tous les patients inclus.

L'accord des patients pour être inclus dans le protocole de rappels téléphoniques a été recherché en amont lors de l'entretien aux urgences.

Certains patients n'ont répondu à aucun appel téléphonique, certains ont répondu à un appel et/ou deux et/ou trois appels téléphoniques. Afin de comparer les groupes entre les « répondants » et les « non répondants » au téléphone, nous avons inclus dans le groupe des « répondants », toutes les personnes ayant répondu à au moins un appel parmi les trois appels passés et dans le groupe des « non répondants », toutes les personnes n'ayant répondu à aucun appel téléphonique.

Les entretiens téléphoniques étaient réalisés par les membres de l'équipe de liaison, l'attitude devait être non jugeante et à l'écoute afin de favoriser l'alliance thérapeutique, d'orienter et d'accompagner vers les soins. Des techniques d'entretien motivationnel devaient être employées. Il est important de noter que le contenu des appels c'est-à-dire les données déclaratives des patients n'ont pas servi dans notre étude pour vérifier l'adhésion aux soins spécialisés.

g. Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. La variable quantitative gaussienne a été décrite en termes de moyenne et d'écart-type et la variable quantitative non gaussienne en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Le taux de patients qui ont adhéré aux soins a été décrit avec son intervalle de confiance à 95%.

La comparaison des groupes de patients a été réalisée à l'aide d'un test du Chi-deux (ou d'un test exact de Fisher lorsque les conditions d'utilisation n'étaient pas remplies) pour les variables qualitatives, à l'aide d'un test t de Student pour la variable continue gaussienne (âge), à l'aide d'un test du U de Mann-Whitney pour la variable continue non gaussienne (unités standard d'alcool par jour) et à l'aide d'un test de Cochran-Armitage pour la variable qualitative ordinale (sévérité du trouble).

Les tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

3. Résultats

a. Données sociodémographiques de la population étudiée

L'équipe de liaison a été sollicitée aux urgences pour 402 personnes (soit 293 hommes et 109 femmes) entre juin 2021 et décembre 2021. Parmi eux, 29 ne respectaient pas les critères d'inclusion. Les patients qui ont bénéficié d'une hospitalisation en urgence en lien (direct ou indirect) avec une problématique addictive à l'issue de leur admission aux urgences représentaient 23,3 % de la population rencontrée par l'équipe de liaison durant la période d'étude.

Au total, 286 patients ont pu être inclus pour l'étude. La Figure 12 ci-après résume par un diagramme de flux, l'inclusion dans l'étude.

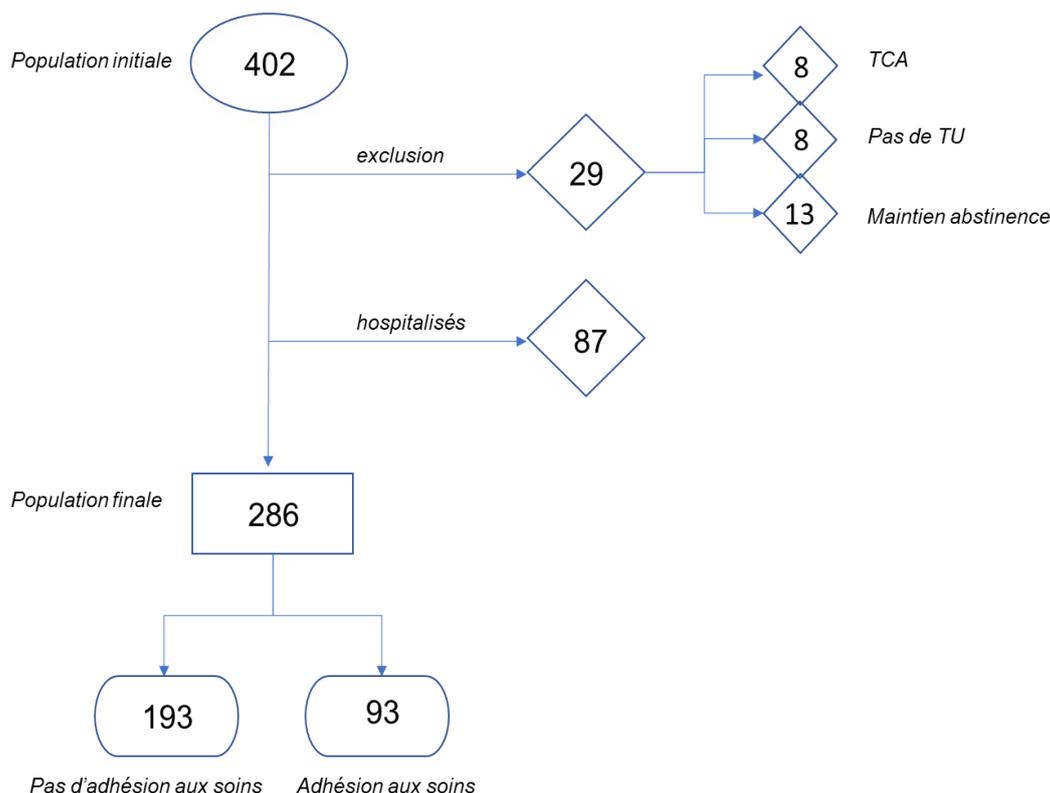


Figure 12. Diagramme de flux d'inclusion dans l'étude

Le Tableau 2 ci-après, rassemble les données sociodémographiques de la population incluse. On note que la population étudiée comprend 76,9 % d'hommes, la moyenne d'âge est d'environ 44 ans, 69,6 % sont célibataires, 45,1 % ont des enfants, 87% ont un logement tandis que 9,4 % sont sans domicile fixe et 3,6 % sont hébergés (par des proches ou dans un foyer d'hébergement), 49,3 % sont sans emploi, 10,4 % sont retraités, 3,7 % sont étudiants et seuls 27,8 % ont un emploi stable de type CDI. 59.1% de la population ont des comorbidités psychiatriques associées et 57,1 % ont des antécédents de suivis en addictologie.

Nom	Unité	Modalités	N = 286
Sexe	% (N)	Homme	76,9 (220/286)
		Femme	23,1 (66/286)
Age	N	Moyenne +/- Ecart-type	44,44 +/- 15.24

Couple	% (N)	Célibataire	69,6 (190/273)
		En Couple	30,4 (83/273)
Enfants	% (N)	Sans enfants	54,9 (150/273)
		Avec enfants	45,1 (123/273)
Domicile	% (N)	Sans domicile	9,4 (26/277)
		Logement	87,0 (241/277)
		Hébergement	3,6 (10/277)
Emploi	% (N)	Sans emploi	49,3 (133/270)
		Emploi stable, CDI	27,8 (75/270)
		Arrêt maladie/travail	5,9 (16/270)
		Invalidité	3,0 (8/270)
		Retraité	10,4 (28/270)
		Etudiant	3,7 (10/270)
Activité professionnelle	% (N)	Absence	72,2 (195/270)
		Présence	27,8 (75/270)
Mesure de protection	% (N)	Absence	96,4 (266/276)
		Présence	3,6 (10/276)
Comorbidités psychiatriques*	% (N)	Absence	40,9 (101/247)
		Présence	59,1 (146/247)
Antécédents de suivi addictologique**	% (N)	Absence	42,9 (108/247)
		Présence	57,1 (144/252)

*39 données manquantes

**34 données manquantes

Tableau 2. Données sociodémographiques descriptives de la population étudiée

Le Tableau 3 ci-après rassemble les données descriptives de la population incluse selon le motif d'admission et les caractéristiques du trouble de l'usage. On note que la population rencontrée par l'équipe de liaison des urgences a été admise pour 26,5 % d'entre eux pour une « intoxication éthylique aigue », 20,1 % pour un motif « psychiatrique » (dont 53% présentaient des idéations suicidaires), 13,4 % pour un motif « traumatologique » (type « chute », « fracture », « entorses », « accident de la voie publique »), 13,4% « neurologique » (« délirium tremens », « Gayet Wernicke », « sevrage », « déficit sensitivomoteur », « symptômes neuropathiques »), 12 % viennent pour un motif d'ordre « gastroentérologique » (type « douleurs abdominales », « nausées/vomissement, « pancréatite »), la catégorie « Autres » regroupe des motifs de toute autres catégories : type cardio-pulmonaire, néphrologiques, infectieux ou général comme « malaise », « altération de l'état général ».

L'alcool est le produit majoritairement consommé dans la population étudiée (88,8%) avec une quantité médiane d'alcool de 13 unités standard par jour. 39,3 % de la population consomme plusieurs produits de manière associée. Le trouble de l'usage associé est dans 80,3 % des cas, « sévère ». La population rencontrée se situe principalement au stade motivationnel de « pré contemplation » (37,7%) et de « contemplation » (42,1%).

Nom	Unités	Modalités	N = 286
Motif d'admission	% (N)	IEA	26.5 (75/283)
		Psychiatrique	20.1 (57/283)
		Gastroentérologique	12.0 (34/283)
		Traumatologie	13.4 (38/283)
		Neurologie	13.4 (38/283)
		Autres	14.5 (41/283)
Alcool	% (N)	Absence	11.2 (32/286)
		Présence	88.8 (254/286)
Unités standard d'alcool par jour***	N	Moyenne +/- écart-type	17,77 +/- 14,79
		Médiane (Q1 ; Q3)	13,00 (7,00 ; 24,00)

Cannabis	% (N)	Absence	78,0 (223/286)
		Présence	22,0 (63/286)
Cocaïne	% (N)	Absence	85,3 (244/286)
		Présence	14,7 (42/286)
Opiacés	% (N)	Absence	88,8 (254/286)
		Présence	11,2 (32/286)
Protoxyde d'azote	% (N)	Absence	85,7 (269/286)
		Présence	5,9 (17/286)
Autres substances	% (N)	Absence	85,7 (245/286)
		Présence	14,3 (41/286)
Polyconsommation	% (N)	Absence	60,7 (173/285)
		Présence	39,3 (112/285)
Sévérité du trouble	% (N)	Léger	5,4 (14/259)
		Modéré	14,3 (37/259)
		Sévère	80,3 (208/259)
Stade motivationnel****	% (N)	Pré contemplation	37,7 (93/247)
		Contemplation	42,1 (104/247)
		Préparation	8,5 (21/247)
		Action	9,3 (23/247)
		Rechute	2,4 (6/247)
Motivation****	% (N)	Peu motivés	82,1 (203/247)
		Motivés	17,9 (44/247)

*** 76 données manquantes ; **** 39 données manquantes

Tableau 3. Données descriptives de la population étudiée selon le motif

b. Rappels téléphoniques

Comme le détaille la Figure 13 ci-après, 49,7% ont répondu à au moins un rappel téléphonique tandis que 50,3% des patients inclus n'ont répondu à aucun rappel téléphonique. Parmi ceux qui n'ont pas répondu au téléphone, on en dénombre 7,3 % qui ont refusé le rappel téléphonique par l'équipe de liaison, 17,5 % qui étaient d'accord mais n'avaient pas de moyens (ni téléphone portable ni domicile) pour être rappelés, 1,7 % qui ont transmis un faux numéro et 47,2% qui étaient d'accord et avaient un téléphone mais n'ont pas décroché lors des rappels. Parmi la population qui a répondu à au moins un appel téléphonique : 31,1% ont répondu lors du premier rappel à 48 heures de la sortie des urgences, 28,7% ont répondu lors du second rappel à 7 jours de la sortie des urgences et 24,8% ont répondu lors du troisième rappel à 14 jours de la sortie des urgences. Au total, parmi les patients inclus dans l'étude, 82,5 % possédaient un téléphone, 75,2 % étaient d'accord initialement pour être rappelés par l'équipe de liaison.

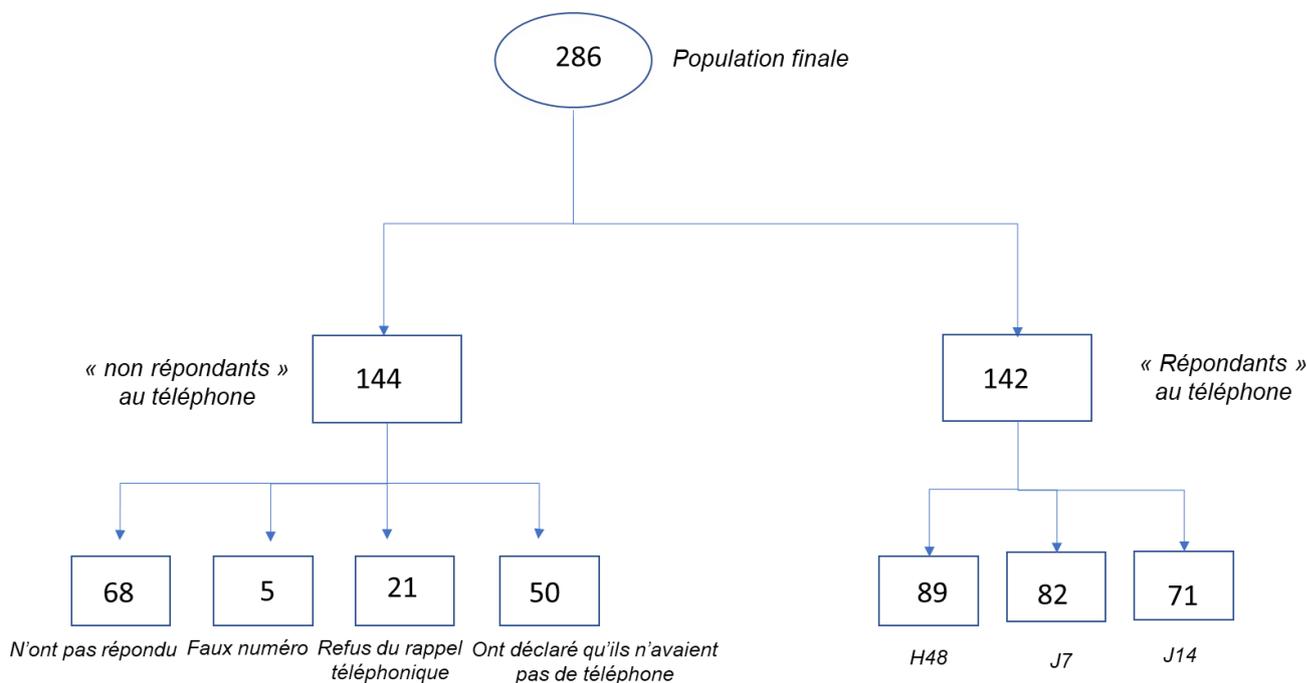


Figure 13. Population répondant au téléphone et ne répondant pas au téléphone

c. Adhésion aux soins de la population étudiée dans les trois mois suivant le passage aux urgences

La prévalence de l'adhésion aux soins retrouvée dans notre étude est de 32,52 %, intervalle de confiance à 95% (IC95) = [0,27 ; 0,38], dans les 3 mois suivant un passage aux urgences.

Test binomial	
Adhésion aux soins = 1	
Proportion	0,3252
ASE	0,0277

Les taux de présence des patients ayant consulté les différents organismes de soins à leur sortie des urgences sont rassemblés dans le Tableau 4 ; 18,2 % ont consulté au CSAPA, 14,7 % ont consulté l'équipe de liaison en ambulatoire, 12,6 % ont bénéficié d'une hospitalisation complète et programmée en addictologie et 3,5 % ont intégré l'hôpital de jour.

Nom	Unités	Modalités	N = 286
CSAPA	% (N)	Présence	18,2 (52/286)
RDV ELSA	% (N)	Présence	14,7 (42/286)
HTC	% (N)	Présence	12,6 (36/285)
HDJ	% (N)	Présence	3,5 (10/285)

Tableau 4. Données descriptives des taux de présences aux consultations selon les différents organismes de soins addictologiques proposés dans les 3 mois suivants la sortie des urgences

d. Comparaison des groupes selon l'adhésion aux soins

Le Tableau 5 rassemble les résultats de la comparaison des groupes selon l'adhésion aux soins. Parmi ceux qui ont adhéré aux soins, 69,9 % ont « répondu à au moins un appel téléphonique » tandis que chez les non adhérents, seuls 39,9 % ont « répondu au téléphone ». La différence est significative selon le test Khi-deux réalisé (significativité à $p < 0,001$). De manière significative également ($p < 0,001$) entre les deux groupes, parmi les adhérents aux soins, 76,1 % avaient une « comorbidité psychiatrique » contre 49,7 % chez les non adhérents, 79,8 % avaient des « antécédents de suivi addictologiques » contre 44,8 % chez les non adhérents, 68,5 % étaient « peu motivés » lors de la rencontre aux urgences et 31,5 % étaient déjà « motivés » chez les adhérents aux soins contre 89,8 % qui étaient « peu motivés » chez les non adhérents avec seuls 10,2 % de personnes déjà « motivés » initialement.

Parmi les adhérents aux soins, 91,3 % avaient un « trouble de l'usage sévère », 8,7 % avaient un « trouble modéré » et aucun n'avait de « trouble léger » tandis que parmi le groupe de des non adhérents aux soins, 8,4 % avaient un « trouble d'usage léger », 17,4 % avaient un « trouble modéré » et 74,3 % avaient un « trouble sévère ». Par ailleurs, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes selon le produit utilisé sauf en ce qui concerne « l'alcool » (significativité statistique : $p = 0,030$) : 94,6 % des adhérents en consommaient tandis que parmi les non adhérents, 86 % en consommaient. De plus, le groupe des adhérents aux soins consommait plus d'alcool en termes de « quantité » ($p < 0,001$) : la médiane était de 20 unités standards d'alcool par jour contre 10 unités standards par jour en moyenne parmi les non adhérents aux soins.

Enfin, il n'y a pas de différence significative retrouvée entre les deux groupes concernant le sexe, l'âge, le fait d'être en couple, d'avoir un logement, une activité professionnelle, une mesure de protection sociale, un usage de cannabis, de cocaïne, d'opiacés et autres. On note que 53,3 % des adhérents aux soins avaient au moins un enfant contre 41% chez les non adhérents aux soins, la différence était presque significative avec $p = 0,054$.

Nom	Unité	Modalités	Adhésion – N = 193	Adhésion + N = 93	Test	pvalue
Sexe	% (N)	Homme	77,7 (150/193)	75,3 (70/93)	Khi-deux	0,64
		Femme	24,7 (43/193)	24,7 (23/93)		
Age	N	Moyenne +/- écart-type	45,20 +/- 16,71	42,85 +/- 11,54	Student	0,17
Couple	% (N)	Absence	72,1 (132/183)	64,4 (58/90)	Khi-deux	0,19
		Présence	27,9 (51/183)	35,6 (32/90)		
Enfants	% (N)	Absence	59,0 (108/183)	46,7 (42/90)	Khi-deux	0,054
		Présence	41,0 (75/183)	53,3 (48/90)		
Domicile	% (N)	Absence	10,2 (19/187)	7,8 (7/90)	Khi-deux	0,73
		Présence	86,6 (162/187)	87,8 (79/90)		
		Hébergement	3,2 (6/187)	4,4 (4/90)		
Activité	% (N)	Absence	70,2 (127/181)	76,4 (68/89)	Khi-deux	0,28
		Présence	29,8 (54/181)	23,6 (21/89)		
Mesure de protection	% (N)	Absence	96,2 (179/186)	87/90 (96,7)	Fisher exact	1,00
		Présence	3,8 (7/186)	3,3 (3/90)		
Polyconsommation	% (N)	Absence	62,5 (120/192)	57,0 (53/93)	Khi-deux	0,37
		Présence	37,5 (72/192)	43,0 (40/93)		

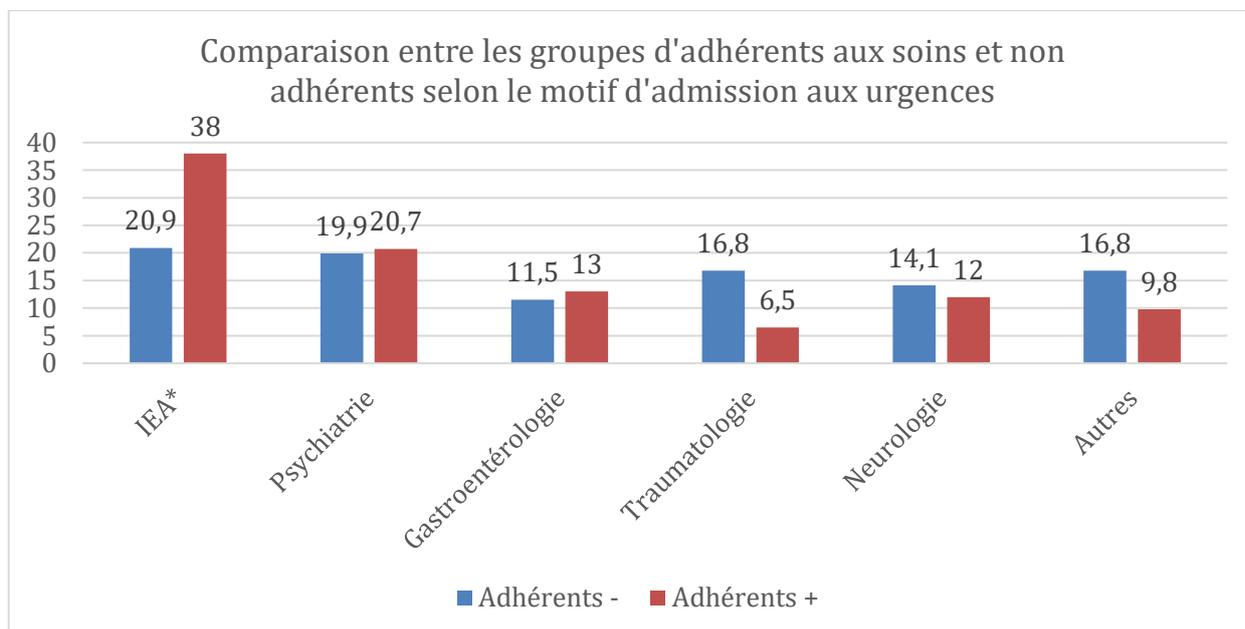
Comorbidités psychiatriques	% (N)	Absence	50,3 (80/159)	23,9 (21/88)	Khi-deux	<0,001
		Présence	47,7 (79/159)	76,1 (67/88)		
Antécédents addictologiques	% (N)	Absence	55,2 (90/163)	20,2 (18/89)	Khi-deux	<0,001
		Présence	44,8 (73/163)	79,8 (71/89)		
Réponse au téléphone	% (N)	Absence	60,1 (116/193)	30,1 (28/93)	Khi-deux	<0,001
		Présence	39,9 (77/193)	69,9 (65/93)		
Motivation	% (N)	Absence	89,8 (141/157)	68,5 (61/89)	Khi-deux	<0,001
		Présence	10,2 (16/157)	31,5 (28/89)		
Trouble de l'usage	% (N)	Léger	8,4 (14/167)	0,0 (0/92)	Tendance	<0,001
		Modéré	17,4 (29/167)	8,7 (8/92)		
		Sévère	74,3 (124/167)	91,3 (84/92)		
Unités standard d'alcool par jour	N	Médiane	10,00 (4,00 ; 21,00),	20,00(11,00 ; 30,00)	Wilcoxon	<0,001
		Moyenne +- Ecart-type	14,29 +/- 13,1	22,5 +/- 15,69		

Tableau 5. Comparaison des groupes d'adhérents aux soins et non adhérents aux soins

i. Comparaison entre les groupes d'adhérents et de non adhérents aux soins selon le motif d'admission aux urgences

Comme le montre la Figure 14, dans notre étude, une différence significative ($p=0,015$) existe entre les deux groupes concernant le motif d'admission aux urgences. Les patients admis pour une intoxication éthylique aiguë, un motif psychiatrique et gastroentérologique étaient plus nombreux dans le groupe qui a adhéré aux soins dans

les trois mois. En revanche, les patients admis pour un motif en rapport avec la traumatologie, la neurologie et autres ont moins adhéré aux soins addictologiques dans les 3 mois.

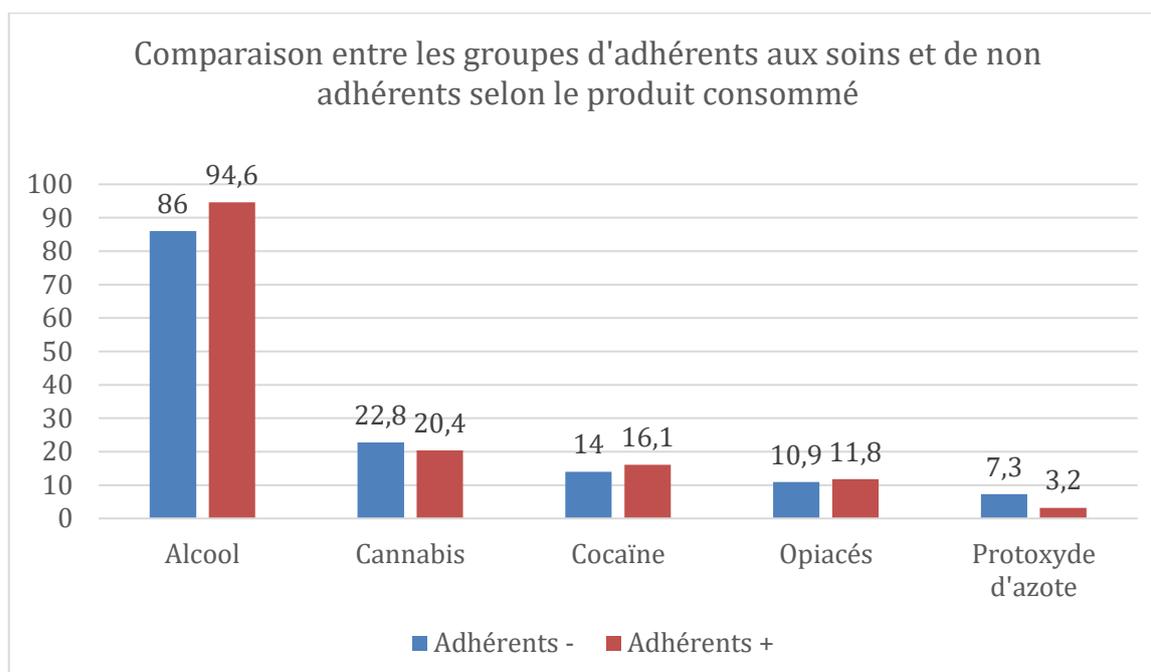


*Intoxication éthylique aigue ; Test Khi-deux ; $p < 0,015$

Figure 14. Histogramme comparant les groupes d'adhérents et de non adhérents aux soins selon le motif d'admission initial aux urgences.

ii. Comparaison entre les groupes d'adhérents et de non adhérents aux soins selon le produit consommé

La Figure 15 montre que lorsque l'on compare les adhérents aux soins et les non adhérents selon le produit consommé, une différence significative n'existe que pour l'alcool entre les deux groupes, la proportion de consommateurs d'alcool est un peu plus élevée dans le groupe des adhérents aux soins par rapport à ceux qui n'ont pas adhéré aux soins dans les trois mois (94,6 % contre 86%) bien qu'elle soit très élevée dans les deux groupes. On ne note pas de différence entre les deux groupes pour les consommations de cocaïne, d'opiacés, de cannabis et de protoxyde d'azote.



Test Khi-Deux ; Alcool : $p=0,030$; Cannabis : $p=0,65$; Cocaïne : $p=0,63$; Opiacés : $p=0,81$; Protoxyde d'azote : $p=0,18$

Figure 15. Comparaison entre les adhérents et les non adhérents selon le produit consommé

Le Tableau 6 compare les groupes selon le statut de l'adhésion aux soins et du produit consommé en fonction de la sévérité et de la motivation. On note que la proportion de la « sévérité du trouble » lié à la consommation d'alcool était relativement importante dans les deux groupes mais significativement plus élevée chez les adhérents aux soins consommateur d'alcool par rapport aux non adhérents consommateurs d'alcool (92 % contre 72,4%). De même, en ce qui concerne, la proportion de consommateurs d'alcool ayant une « motivation élevée » initialement aux urgences, celle-ci était relativement faible dans les deux groupes mais plus élevée dans le groupe des adhérents aux soins par rapport aux non adhérents (33,7% contre 8,7%).

Parmi les adhérents aux soins et consommateurs de cannabis, il y en avait 42,1 % qui étaient « motivés » initialement contre 13,9% dans le groupe des non adhérents et 89,5% qui avaient un trouble « sévère » chez les adhérents contre 76,9% chez les non adhérents.

Pour les consommateurs de cocaïne 40% étaient « motivés » parmi les adhérents contre 13,6% chez les non adhérents et 93,3% qui avaient un « trouble sévère » contre 80% chez les non adhérents. Pour les opiacés, ils étaient 27,1% chez les adhérents à être

« motivés » contre 5% chez les non adhérents et 72,7% qui avaient un « trouble sévère » contre 85,7% chez les non adhérents.

Le manque d'effectif n'a malheureusement pas permis de tester la significativité pour la comparaison entre ces variables.

Nom	Unité	Modalités	Adhésion – N = 193	Adhésion + N = 93	Test	pvalue
Alcool	% (N)	Absence	14,0 (27/193)	5,4 (5/93)	Khi-deux	0,030
		Présence	86,0 (166/193)	94,6 (88/93)		
Sévère		Non	27,6 (40/145)	8,0 (7/87)	Khi-deux	<0,001
		Oui	72,4 (105/145)	92,0 (80/87)		
Motivation		Basse	91,3 (126/138)	66,3 (55/83)	Khi-deux	<0,001
		Elevée	8,7 (12/138)	33,7 (28/83)		
Cannabis	% (N)	Absence	77,2 (149/193)	79,6 (74/93)	Khi-Deux	0,65
		Présence	22,8 (44/193)	20,4 (19/93)		
Sévère		Non	23,1 (9/39)	10,5 (2/19)		
		Oui	76,9 (30/39)	89,5 (17/19)		
Motivation		Basse	86,1 (31/36)	57,9 (11/19)		
		Elevée	13,9 (5/36)	42,1 (8/19)		
Cocaïne	% (N)	Absence	86,0 (166/193)	83,9 (78/93)	Khi-Deux	0,63
		Présence	14,0 (27/193)	16,1 (15/93)		
Sévère		Non	20,0 (5/25)	6,7 (1/15)		
		Oui	80,0 (20/25)	93,3 (14/15)		

Motivation		Basse	86,4 (19/22)	60,0 (9/15)		
		Elevée	13,6 (3/22)	40,0 (6/15)		
Opiacés	% (N)	Absence	89,1 (172/193)	88,2 (82/93)	Khi-Deux	0,81
		Présence	10,9 (21/193)	11,8 (11/93)		
Sévère		Non	14,3 (3/21)	27,3 (3/11)		
		Oui	85,7 (18/21)	72,7 (8/11)		
Motivation		Basse	95,0 (19/20)	72,7 (8/11)		
		Elevée	5,0 (1/20)	27,3 (3/11)		

Tableau 6. Comparaison des adhérents et des non adhérents aux soins et du produit consommé en fonction de la sévérité du trouble et la motivation initiale aux urgences

Au total, le groupe qui a adhéré aux soins dans les trois mois avait une plus grande proportion de personnes ayant répondu au téléphone, à avoir un antécédent de suivi addictologique, une comorbidité psychiatrique, à être déjà motivé lors de la rencontre aux urgences, à comporter une plus grande proportion de trouble d'usage d'intensité sévère et à consommer de l'alcool en quantité quotidienne plus importante.

e. Comparaison des groupes selon les rappels téléphoniques

L'effectif des personnes n'ayant répondu à aucun des trois appels est de 144, tandis que le groupe qui a répondu à au moins un des trois appels est composé de 142 personnes. Les résultats, lorsque l'on compare les groupes selon le statut de la réponse au téléphone sont rassemblés dans le Tableau 7.

On note une différence significative concernant, le « sexe » ($p = 0,042$) : la proportion de femmes était plus importante dans le groupe qui a répondu au téléphone par rapport au groupe qui n'a pas répondu au téléphone, (28,2 % contre 18,1%). On note également une différence concernant le fait d'avoir des « enfants » ($p=0,003$) : parmi le groupe des répondants au téléphone, 54% avaient des enfants tandis qu'ils étaient 46 % parmi les non répondants. Ensuite, on note une différence concernant le fait d'avoir un « logement » ($p=0,001$) : parmi les non répondants au téléphone, 15,1 % étaient sans domicile et 83,5 % bénéficiaient d'un domicile tandis qu'ils étaient 3,6 % sans domicile et 90,6 % à bénéficier d'un logement indépendant dans le groupe des répondants au téléphone.

Enfin, la présence de « comorbidité(s) psychiatrique(s) » étai(en)t significativement différente ($p=0,026$) entre les deux groupes et plus élevée parmi les répondants, 65,6 % contre 51,7 % parmi les non répondants au téléphone. En revanche, on ne note pas de différence significative entre les deux groupes concernant, « l'âge », le fait d'être en « couple » ou non, d'avoir une « activité professionnelle », une « mesure de protection », la présence d'un « antécédent addictologique », d'une « polyconsommation » associée, la « motivation » initiale aux urgences élevée ou basse, la « sévérité » du trouble de l'usage.

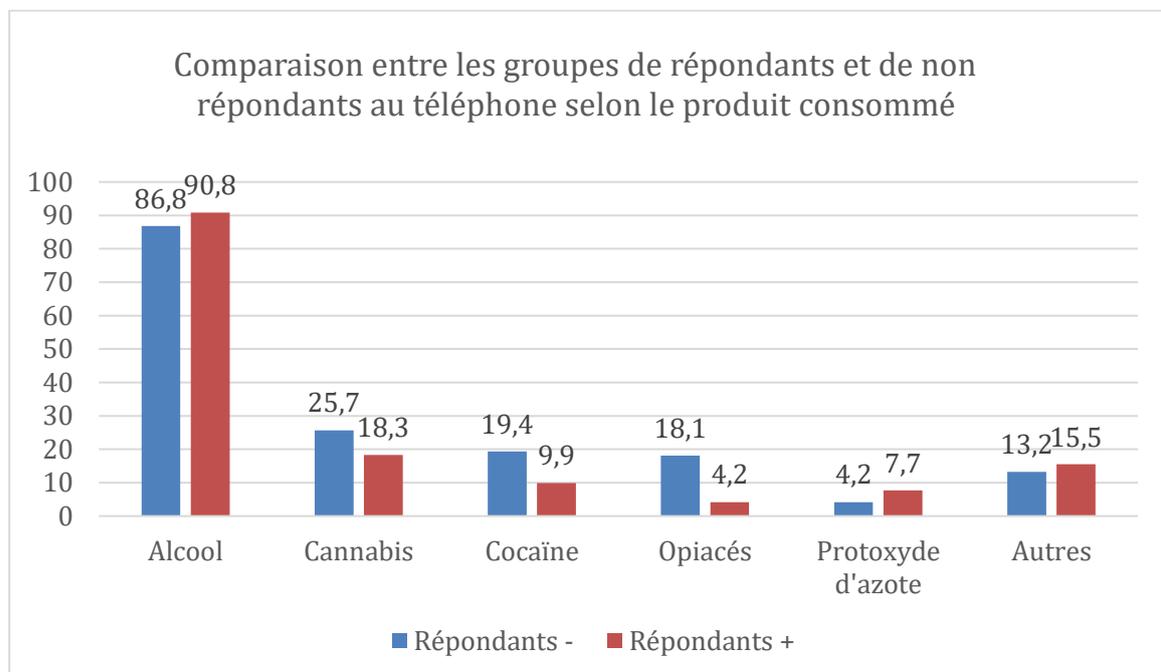
Nom	Unité	Modalités	Répondants – N = 144	Répondants + N = 142	Test	pvalue
Sexe	% (N)	Homme	81,9 (118/144)	71,8 (102/142)	Khi- deux	0,042
		Femme	18,1 (26/144)	28,2 (40/142)		
Age	N	Moyenne +/- écart-type	45,78 +/- 15,36	43,06 +/- 15,04	Student	0,13
Couple	% (N)	Absence	73,5 (100/136)	65,7 (90/137)	Khi- deux	0,16
		Présence	26,5 (36/136)	34,3 (47/137)		
Enfants	% (N)	Absence	64,0 (87/136)	46,0 (63/137)	Khi- deux	0,003
		Présence	36,0 (49/136)	54,0 (48/90)		
Domicile	% (N)	Absence	15,1 (21/139)	3,6 (5/138)	Khi- deux	0,001
		Présence	83,5 (116/139)	90,6 (125/138)		
		Hébergement	1,4 (2/139)	5,8 (8/138)		
Activité	% (N)	Absence	77,2 (105/136)	67,2 (90/134)	Khi- deux	0,065
		Présence	22,8 (31/136)	32,8 (44/134)		

Mesure de protection	% (N)	Absence	95,7 (133/139)	97,1 (133/137)	Fisher exact	0,75
		Présence	4,3 (6/139)	2,9 (4/137)		
Polyconsommation	% (N)	Absence	58,7 (84/143)	62,7 (89/142)	Khi-deux	0,50
		Présence	41,3 (59/143)	37,3 (53/142)		
Comorbidités psychiatriques	% (N)	Absence	48,3 (56/116)	34,4 (45/131)	Khi-deux	0,026
		Présence	51,7 (60/116)	65,6 (86/131)		
Antécédents addictologiques	% (N)	Absence	41,7 (50/120)	43,9 (58/132)	Khi-deux	0,72
		Présence	58,3 (70/120)	56,1 (74/132)		
Motivation	% (N)	Absence	86,2 (100/116)	78,5 (102/130)	Khi-deux	0,11
		Présence	13,8 (16/116)	21,5 (28/130)		
Trouble de l'usage	% (N)	Léger	4,1 (5/123)	6,6 (9/136)	Tendance	0,27
		Modéré	13,0 (16/123)	15,4 (21/136)		
		Sévère	82,9 (102/123)	77,9 (106/136)		
Unités standard d'alcool par jour	N	Médiane (Q1 ; Q3)	15,00 (7,00 ; 24,00)	12,00 (7,00 ; 22,00)	Wilcoxon	0,29

Tableau 7. Comparaison des groupes des répondants et des non répondants au téléphone

i. Comparaison entre les groupes des répondants et de non répondants au téléphone selon le produit consommé

On relève une différence significative entre les répondants et les non répondants au téléphone pour la consommation de « cocaïne » ($p < 0,022$) et « d'opiacés » ($p < 0,001$) comme décrit dans la Figure 16. En effet parmi les consommateurs de « cocaïne » seuls 9,9% ont répondu au téléphone contre 19,4 % qui n'ont pas répondu au téléphone, et pour les consommateurs « d'opiacés », seuls 4,2% ont répondu au téléphone contre 18,1% qui n'ont pas répondu au téléphone. Au total, les consommateurs de cocaïne et d'opiacés dans notre population avaient donc tendance à moins répondre au téléphone.



Test Khi-Deux ; Alcool : $p=0,28$; Cannabis : $p=0,13$; Cocaïne : $p=0,022$; Opiacés : $p < 0,001$; Protoxyde d'azote : $p=0,20$; Autres substances : $p=0,58$

Figure 16. Comparaison des groupes de répondants et non répondants au téléphone en fonction du produit consommé

ii. Comparaison entre les groupes des répondants et de non répondants au téléphone selon le produit consommé, la sévérité du trouble et la motivation

Nous avons voulu comparer la proportion de la sévérité du trouble et de la motivation initiale dans chaque groupe en fonction du produit consommé pour voir si une différence existait entre les groupes de répondants et de non répondants au téléphone, seulement, les manques de données et d'effectifs n'ont pas permis de tout analyser. Le Tableau 8 regroupe les résultats de la comparaison entre les répondants et les non répondants et du produit consommé en fonction de la sévérité du trouble et de la motivation.

Nom	Unité	Modalités	Répondants	Répondants	Test	pvalue
			- N = 193	+ N = 93		
Alcool	% (N)	Absence	13,2 (19/144)	9,2 (13/142)	Khi-deux	0,28
		Présence	86,8 (125/144)	90,8 (129/142)		
Sévère		Non	16,8 (18/107)	23,2 (29/125)	Khi-deux	0,23
		Oui	83,2 (89/107)	76,8 (96/125)		
Motivation		Basse	86,0 (86/100)	78,5 (95/121)		0,15
		Elevée	14,0 (14/100)	21,5 (26/121)		
Cannabis	% (N)	Absence	74,3 (107/144)	81,7 (116/142)	Khi-Deux	0,13
		Présence	25,7 (37/144)	18,3 (26/142)		
Sévère		Non	17,6 (6/34)	20,8 (5/24)		
		Oui	82,4 (28/34)	79,2 (19/24)		
Motivation		Basse	84,4 (27/32)	65,2 (15/23)	Fisher exact	0,099
		Elevée	15,6 (5/32)	34,8 (8/23)		

Cocaïne	% (N)	Absence	80,6 (116/144)	90,1 (128/142)	Khi-Deux	0,022
		Présence	19,4 (28/144)	14/142 (9.9)		
Sévère		Non	19,2 (5/26)	7,1 (1/14)		
		Oui	80,8 (21/26)	92,9 (13/14)		
Motivation		Basse	87,5 (21/24)	53,8 (7/13)	Fisher exact	0,042
		Elevée	2,5 (3/24)	46,2 (6/13)		
Opiacés	% (N)	Absence	81,9 (118/144)	95,8 (136/142)	Khi-Deux	<0,001
		Présence	18,1 (26/144)	4,2 (6/142)		
Sévère		Non	19,2 (5/26)	16,7 (1/6)		
		Oui	80,8 (21/26)	83,3 (5/6)		
Motivation		Basse	88,0 (22/25)	83,3 (5/6)		
		Elevée	12,0 (3/25)	16,7 (1/6)		

Tableau 8. Comparaison des groupes des répondants et non répondants au téléphone selon le produit consommé, la sévérité du trouble et la motivation initiale aux urgences

Parmi les consommateurs de cannabis ayant répondu au téléphone, 79,2% étaient « sévères » contre 82,4% chez les non répondants et 34,8% étaient « motivés » initialement aux urgences chez les répondants contre 15,6% dans le groupe des non répondants.

Parmi les consommateurs de cocaïne ayant répondu au téléphone, 92,9 % étaient « sévères » contre 80,8% chez les non répondants et 46,2 % étaient initialement « motivés » aux urgences contre 12,2 % parmi les non répondants.

Parmi les consommateurs d'opiacés ayant répondu au téléphone, 83,3% étaient « sévères » contre 80,8% chez les non répondants et 16,7% étaient « motivés » initialement aux urgences chez les répondants au téléphone contre 12 % de « motivés » initialement parmi les non répondants.

Les analyses comparatives ont pu être réalisées pour la sévérité du trouble et la motivation pour l'alcool et pour la motivation dans le groupe des consommateurs de

cocaïne. Pour l'alcool, ni la sévérité du trouble ni la motivation n'a retrouvé de différence significative entre les répondants et les non répondants au téléphone consommateurs d'alcool. Cependant, pour les consommateurs de cocaïne, la proportion de motivés était tout de même significativement ($p < 0,042$) supérieure dans les groupes de répondants au téléphone comparativement aux non répondants au téléphone (46,2% respectivement 12,5%).

4. Discussion

a. Analyse des résultats

i. Principaux résultats

La population de notre étude présente des similitudes avec les données de la littérature (18,62,125,126) comprenant 76,9% d'hommes et une moyenne d'âge de 44 ans dont 42,3 % d'entre eux qui n'ont aucun antécédent addictologique. Cela démontre l'importance d'un repérage précoce aux urgences.

Ensuite, 59,1 % avaient des comorbidités psychiatriques ; En effet, dans la population générale, plusieurs études épidémiologiques révèlent un taux élevé de trouble psychiatrique associé chez des sujets ayant un trouble de l'usage (127–130). La consommation de substance(s) psychoactive(s) peut compliquer le traitement des troubles mentaux et à l'inverse la pathologie mentale peut accentuer le trouble addictogène et le complexifier, cela conforte l'importance d'une coordination et d'une gestion intégrée des soins comorbides visant à accroître l'adhésion du patient au traitement (131,132).

Quatre-vingt-sept pourcents avaient un logement personnel, ce qui peut réfuter la croyance stigmatisante que la majorité de cette population consultante aux urgences est sans abri, dans notre étude, tout de même, 9,4 % de la population étaient sans domicile fixe, ce qui n'est pas négligeable d'autant plus qu'une étude qui ciblait une population de sans abri admise aux urgences, relevait que cette population avait tendance à différer leur entrée dans les soins addictologiques lorsque ceux-ci étaient nécessaires (133).

La substance psychoactive la plus représentée est « l'alcool » (88,8 %) avec une quantité d'alcool médiane consommée par jour de 13 UI/j. Enfin, plus de la moitié de la population rencontrée était « peu motivée » initialement : 37,7 % se situaient au stade de « pré contemplation » et 41,1 % au stade de « contemplation ». Cela rejoint les constats d'une autre étude qui a étudié l'évolution des stades de changement motivationnel des patients

admis aux urgences, qui retrouvait aussi une proportion plus importante de patients peu motivés initialement avec 53% de pré contemplatifs et 28% de contemplatifs (89).

ii. Adhésion aux soins

Concernant l'adhésion aux soins, au total, parmi les patients souffrant d'un trouble de l'usage aux substances psychoactives, 32,52 % se sont finalement inscrits dans la filière de soins spécialisés dans les trois mois de leur passage aux urgences. Cela reste faible et reflète la difficulté à amener les patients vers les soins et coïncide avec les écarts retrouvés en population générale (14) dont le rapport des individus non traités pour un problème lié à l'alcool par rapport aux individus traités peut varier de 3 :1 jusqu'à 13 :1 (92,134).

Le groupe qui a adhéré aux soins dans les trois mois par rapport au groupe qui n'a pas adhéré aux soins retrouve une différence significative ($p < 0,001$) concernant la réponse au téléphone, avec un taux de 69,9% de personnes ayant répondu à au moins un appel téléphonique chez les adhérents aux soins contre 39,9 % chez les non adhérents aux soins. C'est-à-dire que le groupe qui a adhéré aux soins a plus répondu au téléphone, plusieurs études ont évoqué que l'alliance thérapeutique pouvait améliorer la rétention dans le traitement des patients ayant des troubles de l'usage (135–137). Outre la motivation, on pourrait suggérer que le maintien du lien entre le thérapeute et le patient sorti des urgences, pourrait aussi renforcer l'alliance thérapeutique et ainsi augmenter le taux de participation au traitement spécialisé (136).

On relève une différence significative ($p < 0,001$) sur la présence d'antécédent de suivi addictologique où 79,8 % avaient un antécédent addictologique parmi les adhérents aux soins contre 44,8% chez les non adhérents aux soins. Cela signifie que pour 20,2 % des adhérents aux soins, il s'agit d'une première inscription dans la filière de soins addictologique et que si 79,8 % des adhérents ont déjà un antécédent de suivi addictologique et qu'ils retournent dans la filière de soins, c'est qu'ils doivent avoir confiance en l'efficacité des soins prodigués d'une part et/ou ont dû être confronté à la rechute faisant partie de l'évolution naturelle de la maladie d'autre part. Selon des données recueillies par la SAMHSA, plus de la moitié des personnes entrant en traitement, l'ont déjà été auparavant (138). Une étude observait que trois ou quatre admissions en traitement étaient généralement nécessaires pour que 50 % ou plus des patients, soient capables de maintenir l'abstinence pendant un an ou plus (139).

On note aussi, une différence significative ($p < 0,001$) sur la présence de comorbidité(s) psychiatrique(s) pour laquelle, 76,1% des adhérents aux soins avaient une comorbidité psychiatrique contre 49,7% chez les non adhérents aux soins. Les troubles de l'usage aux substances psychoactives et les troubles de la santé mentale ont généralement été traités de manière séquentielle et indépendante en raison des préoccupations relatives à la capacité de l'individu à s'engager dans un traitement, lorsqu'il consomme des substances ou, lorsqu'il est récemment sobre, et/ou de la crainte que l'engagement dans un traitement pour des troubles de la santé mentale comorbides puisse augmenter le risque de consommation de substances ou de rechute. Cependant plusieurs études relatent une efficacité au traitement simultané de ces troubles qui tendent à se maintenir mutuellement (140,141). Ces résultats démontrent l'existence d'une proportion importante de ces troubles comorbides et qu'une adhésion aux soins addictologiques n'est pas incompatible avec une comorbidité psychiatrique, au contraire.

Une différence significative ($p < 0,001$) a également été retrouvée concernant la motivation initiale aux urgences : 31,5% des adhérents aux soins étaient motivés initialement contre 10,2% chez les non adhérents aux soins. Comme déjà évoqué, la motivation des personnes se rendant aux urgences reste peu élevée, mais elle semble tout de même participer à favoriser l'adhésion aux soins spécialisés.

Le motif d'admission était significativement différent entre les deux groupes ($p = 0,015$) : 38,0% parmi les adhérents étaient admis pour intoxication éthylique contre 20,9 % parmi les non adhérents aux soins alors que pour un motif lié à la traumatologie ils étaient 6,5 % parmi les adhérents aux soins contre 16,8 % chez les non adhérents aux soins. Certains auteurs ont évoqué la possibilité qu'une blessure grave liée à l'alcool telle qu'une fracture, pouvait avoir un impact profond sur la vie de l'individu, lui rappelant les conséquences négatives que sa consommation entraîne et ainsi l'amener à réduire spontanément sa consommation bien que cet effet soit temporaire face à un trouble de l'usage sous-jacent (142,143). Ces hypothèses pourraient expliquer cette différence ; le sujet se sentirait définitivement capable de modifier sa consommation, jugeant non nécessaire de rentrer dans une filière de soins spécialisés. Néanmoins, notre population a ciblé des patients capables de rentrer chez eux, c'est-à-dire qu'ils avaient des motifs moins graves que ceux qui devaient être hospitalisés ; comme dans une autre étude où les patients étaient plus jeunes et avec des blessures plus légères, ils auraient pu être moins disposés à changer leur comportement vis-à-vis de la consommation d'alcool et de fait, à moins ressentir le besoin d'adhérer à des soins spécialisés (65).

De plus, la proportion de trouble sévère était élevée dans les deux groupes mais significativement différente entre les deux groupes ($p < 0,001$) : 91,3 % des adhérents aux soins avaient un trouble de l'usage sévère contre 74,3 % parmi les non adhérents aux soins. Une enquête auprès des patients ayant un trouble de l'usage à l'alcool et ayant demandé de l'aide vis-à-vis de leur consommation révélait qu'ils retardaient leur demande de traitement car leur consommation d'alcool n'était pas perçue comme « *assez grave pour mériter une attention particulière* » (144). La sévérité du trouble pourrait être alors une source de motivation à adhérer au traitement spécialisé. A ce sujet, la proportion de personnes consommant de l'alcool était plus élevée parmi les adhérents aux soins (différence significative = $p < 0,003$) : 94,6% chez les adhérents aux soins contre 86 % chez les non adhérents aux soins et ils consommaient en quantité plus importante par jour (significativité, $p < 0,001$) avec une médiane de 20 unités standard d'alcool par jour (us/j) chez les adhérents aux soins contre 10 us/j d'alcool chez les non adhérents.

Entre les groupes d'adhérents et de non adhérent aux soins dans les 3 mois, la proportion était relativement identique pour les variables concernant le sexe, l'âge, le logement, le fait d'être en couple, les enfants, l'activité professionnelle, la mesure de protection, la poly consommation.

iii. Rappels téléphoniques

Dans notre étude, le groupe qui a répondu au téléphone comportait une proportion plus importante de personnes ayant des « enfants » (54% contre 36%), une proportion plus importante de « femmes » (28,2 % contre 18,1%), la présence d'un « logement » (90,6 % contre 83,5%), la présence de comorbidités psychiatriques (65,6% contre 51,7 %) par rapport à ceux qui ne répondaient pas au téléphone. A l'opposé, ceux qui ne répondaient pas au téléphone, comportait une proportion plus importante de personnes sans « enfants » (64% contre 46%), sans domicile fixe (15,1 % contre 3,6 %), consommant de la « cocaïne » (19,4 % contre 9,9%) et des opiacés (18,1% et 4,2 %) par rapport aux répondant au téléphone. En revanche, entre les deux groupes, il n'y avait pas de différence significative concernant le fait d'avoir un emploi, un(e) conjoint(e), un antécédent addictologique, un trouble de l'usage sévère ni une motivation élevée ou peu élevée initialement aux urgences.

Les profils des personnes répondant au téléphone et ne répondant pas au téléphone différaient donc essentiellement au niveau des substances consommées et de la situation sociale (présence d'enfants et de logement).

La proportion des consommateurs de cocaïne et d'opiacés représentaient respectivement 16,1 % et 11,8 % parmi les adhérents aux soins sans différence significative avec le groupe des non adhérents respectivement 14% et 10,1%. Certains chercheurs avaient déjà constaté qu'une intervention brève aux urgences pour les patients souffrant de troubles de la consommation d'opioïdes n'améliorait pas les taux de fréquentation au traitement par rapport à une seule orientation (145,146). Dans notre étude, ces derniers avaient tendance à moins répondre au téléphone de manière significative ; si l'on fait l'hypothèse que les rappels téléphoniques ont un impact positif sur l'adhésion aux soins, on peut penser que le rappel téléphonique n'est pas le meilleur outil adapté pour cette population afin de l'accrocher aux soins. Des études ont montré qu'un suivi téléphonique chez des patients ayant un trouble de l'usage de cocaïne était efficace pour augmenter la continuité des soins (119,120) ; la différence est que dans notre étude il s'agit de personnes pas forcément demandeuses de soins de prime abord tandis que dans ces études, la population est demandeuse d'aide et motivée et a déjà effectué un programme de soins complet. La motivation de la personne peut être un élément clé dans l'adhésion aux soins et dans le programme de rappel téléphonique. Notre étude a d'ailleurs montré qu'il y avait parmi les consommateurs de cocaïne répondant au téléphone, significativement, plus de personnes motivées initialement que chez les non répondants (46,2% contre 12,5%). Dans une autre étude, seuls 31% des patients, identifiés comme consommateurs de cocaïne et d'héroïne, avaient pu être joints au téléphone alors qu'ils s'étaient présentés dans une structure de soins pour d'autres problèmes de santé dans des maison médicales (110). Des études ultérieures ciblant particulièrement ces populations aux urgences, pourraient permettre d'identifier les différents facteurs pouvant influencer leur adhésion au traitement.

Comme le décrit la littérature, les profils de consommateurs de substances illicites sont souvent sujets à être en difficulté sur le plan social (133,147,148), de ce fait l'accès à un téléphone personnel est certainement plus restreint dans cette population. Une étude avait retenu une prévalence de 70,7 % des patients sans domicile qui possédaient un téléphone portable contre 85,9% des patients ayant un logement stable (149). Dans notre étude, 82,1 % des patients possédaient un téléphone. La prévalence observée de la possession d'un téléphone portable parmi une population de patient dans 3 services d'urgences dans une autre étude était de 85% (150).

Environ 50 % des patients inclus n'ont pas répondu au téléphone, même si certains ont déclaré ne pas avoir de téléphone, ces résultats ne suffisent pas à eux seuls à expliquer

pour quelles raisons la moitié de la population n'a pas répondu au téléphone. Parmi eux, 7,3% ont refusé le rappel, et 47,2 % étaient d'accord pour être rappelé mais n'ont pas décroché. La réticence à aborder leur consommation avec un clinicien que ce dernier soit en personne ou au téléphone ou encore la réticence à parler de leur consommation par téléphone peuvent être des raisons de refuser le rappel téléphonique.

Dans notre étude, on a constaté une baisse marquée du nombre d'appels effectués lors des deuxièmes et troisièmes appels passant de 31,1 % à 28,7 % à 24,8 %, d'autres études ont repéré les mêmes effets (18,151,152). De futures analyses des raisons du refus téléphonique pourraient permettre de mieux comprendre le taux d'absence de réponse au téléphone.

b. Forces et originalité de l'étude

Le taux de participation à l'intervention proposée par l'équipe de liaison est proche de 50%, ce qui coïncide avec d'autres études (18).

De nombreuses études sur le sujet, ont étudié l'impact des interventions téléphonique sur la réduction de la consommation à court et plus long terme mais peu ont évalué l'inscription dans une filière de soins spécialisés (23,25,153).

Notre étude s'intéresse à l'adhésion aux soins et aux rappels téléphoniques en ciblant une population aux urgences pas forcément consciente des troubles afin d'augmenter la motivation et l'initiation aux soins tandis que la majorité des études dans la littérature ciblaient les patients ayant déjà effectués des soins ambulatoires ou résidentiels afin de soutenir les personnes déjà traitées et conscients de leur trouble (18,119,154).

La participation des patients aux consultations a été vérifiée à partir des dossiers médicaux et des structures de soins, indépendamment des données déclaratives des patients, limitant la surestimation des résultats.

Les perdus de vue ont été considérés comme ayant adopté le pire scénario, c'est-à-dire, comme n'ayant pas adhéré aux soins, afin de limiter la surestimation des résultats sur l'adhésion aux soins. Cependant cela peut légèrement surestimer les résultats dans le groupe qui n'a réellement pas adhéré aux soins.

Notre étude a montré une différence de proportion significative entre les groupes ayant adhéré aux soins et non adhéré aux soins selon la réponse au téléphone. Cela permet d'émettre l'hypothèse que le fait d'avoir eu un contact téléphonique précoce pourrait augmenter le taux d'inscription dans la filière de soins addictologiques dans les trois mois

suivant un passage aux urgences. Enfin, notre étude permet de décrire différents profils addictologiques aux urgences dont la grande majorité est sévère, d'étudier les différences existantes entre le groupe ayant adhéré aux soins et le groupe n'ayant pas adhéré aux soins, et aussi les différences entre les personnes ayant répondu au téléphone et celles qui n'y ont pas répondu.

c. Limites de l'étude

L'étude est monocentrique au CHU de Lille donc il se peut que les résultats de l'étude ne soient pas généralisables aux urgences d'autres régions plus rurales, cependant il s'agit du centre hospitalier régional universitaire brassant une population assez large et diverse (le rapport d'activité du CHU a relevé un total de 127 038 passages aux urgences sur l'année 2020).

Bien que l'équipe essaie de rencontrer tous les patients admis ayant un trouble de l'usage aux substances psychoactives, il se peut que tous les patients n'aient pas été orientés vers l'équipe de liaison, comme les patients se présentant en fin de journée ou la nuit ou sortant avant que l'équipe de liaison n'ait pu les rencontrer. Ces derniers peuvent avoir des caractéristiques démographiques et/ou des profils addictologiques différents. L'équipe a essayé de pallier à cela en laissant à disposition des urgentistes, un registre dans lequel ils pouvaient inscrire les coordonnées du patient à rappeler s'il était d'accord.

La période d'étude évaluée a commencé dès le début de la mise en place du programme de rappels téléphoniques en juin 2021, les équipes des urgences et de liaison d'addictologie ont dû prendre leur marque et s'habituer à ce nouveau programme : des oublis d'orientation vers le programme de rappel, des oublis de rappels de patients ont pu être plus importants lors de cette période et des données ont manqué. La fiche de liaison (Annexe : Figure 19. Recto de la fiche d'évaluation aux urgences utilisée par l'équipe de liaison d'addictologie Figure 19, Figure 20) a été retravaillée au cours de la période afin d'être plus exhaustive sur les questions à poser par les examinateurs. Par exemple, l'évaluation de la satisfaction des patients quant au programme de rappel téléphonique a été ajouté plusieurs mois après la mise en place de l'intervention ainsi que l'évaluation du stade motivationnel au cours des rappels. Ces paramètres n'ont malheureusement pas pu être pris en compte pour la période d'étude.

Certains CSAPA ont refusé de nous délivrer le statut de présence à la consultation pour 10 patients inclus dans l'étude, ceux-ci ont été considérés comme « non adhérents » afin

de préserver le taux d'adhérents connus, de ce fait, les résultats concernant les non adhérents pouvaient être légèrement surestimés.

Comme il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, certaines données n'ont pas été retrouvées lors du recueil de données, soit par défaut d'avoir demandé lors de l'entretien mené avec le patient soit par oubli de retranscription dans le dossier médical ou la fiche de liaison. L'évolution de la motivation par exemple, lors des rappels téléphoniques n'a pas bien été recensée dans les données et n'a donc pas pu être incluse pour les analyses. Seules les données concernant la motivation initiale aux urgences comprenaient suffisamment d'éléments pour être interprétable.

Même si on peut supposer que les rappels ont pu jouer un rôle dans l'adhésion aux soins, le manque de données dans notre étude n'a pas permis d'étudier si les rappels téléphoniques pouvaient avoir une influence positive sur la motivation et donc sur l'adhésion aux soins. En sachant que la motivation initiale aux urgences était significativement plus élevée dans le groupe d'adhérents aux soins, elle n'était cependant pas significativement plus élevée parmi le groupe de répondants au téléphone. Il aurait été intéressant d'évaluer la motivation au moment des rappels téléphoniques puisque la relation du thérapeute avec le patient peut influencer sa motivation (155).

La population n'a pas été randomisée pour l'intervention puisque le programme des rappels téléphoniques était déjà adopté par les équipes de soins.

L'usage du tabac chez les consommateurs ne fut pas l'objet de cette étude. En effet, au CHU de Lille, les patients présentant une monoaddiction au tabac sont orientés vers une équipe de tabacologie spécifique. Dans la population générale, l'association la plus fréquente est « alcool et tabac » puis « tabac et cannabis » enfin « tabac, alcool et cannabis » (156). L'étude s'est intéressée aux tableaux cliniques les plus bruyants aux urgences, c'est-à-dire pour les consommations liées à l'usage d'alcool, au cannabis ou aux autres substances illicites bien que le tabac représente la substance la plus consommée et l'une des premières causes de mortalité évitable (58).

III. Conclusion et perspectives

1. Conclusion

Au total, dans notre étude, on a pu observer que le groupe qui a adhéré aux soins, avait finalement, plus participé lors des rappels téléphoniques précoces que le groupe qui n'a pas adhéré aux soins. Ces premiers résultats vont dans le sens de notre hypothèse que les rappels téléphoniques pourraient améliorer le taux d'entrée dans la filière des soins addictologiques pour certains profils. Finalement, le rappel téléphonique semble être un outil intéressant pour les sujets ayant un trouble de l'usage sévère à l'alcool mais spontanément moins adapté pour les sujets consommateurs de substances illicites de type opiacés et cocaïne surtout lorsque ces derniers sont peu motivés initialement.

Enfin, les différents profils rencontrés aux urgences rendent compte de la nécessité d'adopter des stratégies d'orientation ciblée. Dans notre population, le sexe féminin, le fait d'avoir des enfants, un logement, des comorbidités psychiatriques, de ne pas consommer de la cocaïne ni d'héroïne semblent être dans notre étude, des critères non négligeables pour la réponse positive au téléphone. Le motif d'admission « intoxication éthylique aiguë », un trouble de l'usage sévère, le fait de consommer de l'alcool, d'avoir une motivation initiale élevée, la présence de comorbidités psychiatriques, d'antécédents addictologiques et d'avoir participé aux rappels téléphoniques, semblent être, dans notre étude, des critères non négligeables à une adhésion favorable aux soins. Des analyses ultérieures multivariées, sont nécessaires pour rechercher si ces facteurs sont bien prédictifs d'une meilleure adhésion aux soins ainsi que d'une meilleure adhésion aux rappels téléphoniques.

Ces observations encourageantes tendent à poursuivre les recherches sur l'étude d'un système de soins continus en addictologie adoptant une démarche de soins plus proactive, visant à renforcer l'alliance thérapeutique avec le patient et à le rendre acteur de son rétablissement.

2. Perspectives

Une étude à plus grande échelle pourrait permettre d'effectuer des analyses multivariées notamment sur l'identification plus précise des facteurs prédictifs d'adhésion et de non adhésion aux soins spécialisés mais aussi des facteurs d'adhésion et de non adhésion aux rappels téléphoniques pouvant avoir une influence positive sur l'adhésion aux soins.

De plus, la caractérisation approfondie des profils cliniques de la population aux urgences pourrait réduire l'écart entre les besoins cliniques et les services fournis pour permettre l'action d'interventions ciblées et efficaces. (69)

Un essai randomisé permettrait d'étudier l'effet des rappels téléphoniques sur l'adhésion aux soins par rapport à un groupe contrôle. En effet, l'accès à distance aux services de santé peut accroître la participation des personnes vulnérables sur le plan médical ou social ou qui n'ont pas facilement accès aux prestataires et renforcer la relation soignant-soigné. En effet, depuis la pandémie COVID-19 par exemple, l'accès à distance aux services de soins s'est largement déployé et plusieurs études s'accordent sur l'intérêt de développer et d'évaluer davantage la télésanté pour les patients souffrant de trouble de l'usage des substances psychoactives (157–160).

Actuellement de plus en plus de chercheurs s'intéressent à la prestation d'un soutien par le biais de plateformes numériques mobiles contribuant à maintenir la motivation d'une personne à suivre un traitement après un passage aux urgences (161–164). Quelques études ont étudié par exemple les interventions brèves via des programmes informatiques (165,166) ou encore l'envoi de mails personnalisés (167). Une étude récente a exploré l'utilité d'un programme de service de message court (SMS) visant à augmenter la fréquentation des traitements ambulatoires chez les patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances après un passage aux urgences, le choix était laissé aux patients de participer au programme ou non. L'étude a rapporté un taux de participation de 44 %, de plus, l'étude a montré que les participants au programme avaient un taux d'initiation au traitement plus élevé (70,7% contre 40,9 %). Comme le met en valeur aussi notre étude, leurs résultats ont montré que les personnes cherchant de l'aide pour leur consommation d'opiacés présentaient des taux plus faibles de l'acceptation au programme et des chances de participation au traitement plus faibles que les personnes cherchant de l'aide pour leur consommation d'alcool (168,169). Des études ont souligné que les interventions motivationnelles semblaient moins efficaces pour engager les patients consommateurs d'opiacés dans un traitement à long terme (170–173), d'autres études testent également des méthodes de type « gestion de cas » visant cette population et auraient montré des améliorations relatives au taux de rétention dans le traitement (174–176). C'est une population qui semble échapper aux soins et dont les stratégies d'orientation paraissent peu optimales actuellement.

D'une manière générale, il serait intéressant d'aborder les obstacles à la participation initiale du rappel téléphonique depuis les urgences, puisque toute intervention de santé

publique est fortement influencée par la proportion de patients qui l'acceptent (177). Dans le même sens, des recherches supplémentaires sur le taux d'acceptation et sur la satisfaction des patients peuvent être intéressantes (18,177,178).

IV. Annexes

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule croix par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d'arrêter votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Avez-vous eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Principaux indicateurs utilisés

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ;
 - Usage dans l'année (ou usage actuel) : au moins 1 usage au cours des 12 mois précédant l'enquête ;
 - Usage dans le mois (ou usage récent) : au moins 1 usage au cours des 30 jours précédant l'enquête ;
 - Usage régulier : au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête (terme également employé pour le tabagisme quotidien) ;
- Pour les alcoolisations ponctuelles importantes (déclarer avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion)
- API dans le mois précédant l'enquête : au moins 1 fois dans le mois ;
 - API répétée : au moins 3 fois dans le mois précédant l'enquête ;
 - API régulière : au moins 10 fois dans le mois précédant l'enquête.

Figure 17. Questionnaire CAST évaluant la consommation de cannabis

DATE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Patient(e) Âge [] []
 Sexe M F

Questionnaire FACE : évaluation de la consommation d'alcool en entretien

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons alcoolisées ?					Score					
Jamais	0	1 fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4	<input type="text"/>
Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?										
1 ou 2	0	3 ou 4	1	5 ou 6	2	7 à 9	3	10 ou plus	4	<input type="text"/>
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?										
Non	0							Oui	4	<input type="text"/>
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?										
Non	0							Oui	4	<input type="text"/>
Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?										
Non	0							Oui	4	<input type="text"/>
TOTAL									<input type="text"/>	

Un verre standard représente une de ces boissons :



Interprétation du score

	0 à 4	Risque faible
Pour les hommes	5 à 8	Risque élevé
	9 ou plus	Dépendance probable
	0 à 3	Risque faible
Pour les femmes	4 à 8	Risque élevé
	9 ou plus	Dépendance probable

L'intervention brève est destinée aux patients dans la situation de "risque élevé"

Figure 18. Questionnaire FACE évaluant la consommation d'alcool

EVALUATION DES USAGES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

CRITERES:		1	2	3	4
	
1	Tolérance				
2	Signes de sevrage				
3	Incapacité à se limiter dans les prises				
4	Tentatives infructueuses d'arrêt ou de diminution				
5	Temps considérable consacré à la substance				
6	Pas d'arrêt ou de réduction malgré des conséquences sociales				
7	Pas d'arrêt ou de réduction malgré des conséquences médicales/psycho				
8	Activités importantes arrêtées en raison de l'usage de substance				
9	Usage régulier entraînant une difficulté à assumer ses obligations				
10	Usage régulier entraînant des mises en danger (par ex. : conduite auto)				
11	Craving				
TOTAL Critères DSM-5		/11	/11	/11	/11
Diagnostic CIM-10 12 derniers mois : 0= abstinence, 1= usage simple, 2= usage à risque, 3 = usage nocif, 4= dépendance					

Si un usage d'alcool est rapporté, remplir le questionnaire AUDIT ci-contre en notant les sous-score en réponse à chacune des 10 questions posées, puis en calculant le total sur 40 ci-dessous.

Score AUDIT :

/40

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

Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool.
Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool

Au cours des 12 derniers mois :

Si un usage de cannabis est rapporté, remplir le questionnaire CAST ci-contre en notant 1 point à chaque réponse positive aux 6 questions posées, et en additionnant le total ci-dessous.

Score CAST :

/6

	non	oui
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, incidents, mauvais résultats à l'école...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figure 20.verso de la fiche d'évaluation aux urgences utilisée par l'équipe de liaison d'addictologie, comprenant les critères du DSM-5, l'échelle AUDIT et CAST

Bibliographie

1. Baird J, Longabaugh R et al. Treatment Completion in a Brief Motivational Intervention in the Emergency Department: The Effect of Multiple Interventions and Therapists' Behavior. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;
2. Cherpitel CJ, Soghikian KH. Alcohol-related health services use and identification of patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996;28 : 418-423.
3. Becker B, Woolard R, Nirenberg TD, Minugh A, Longabaugh R CP. Alcohol use among subcritically injured emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 1995;2:784–90.
4. Freedland ES, McMicken DB DG. Alcohol and trauma. *Emerg* 11: 225– 239. *Med Clin North Am*. 1993;11:22–239.
5. Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, Bernstein E, Blow F, GD. Alcohol, Tobacco, and Other Drugs: Future Directions for Screening and Intervention in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2009;16(11):1078–88.
6. Weiland T. J, Dent A. W, Phillips G.A, Lee NK (2008). No Emergency clinician delivered screening and intervention for high-risk alcohol use: A qualitative analysis. *Emerg Med Australas Title*. 2008;20, 129–135.
7. Sicot R, Yguel J, Mazeas C, Kalamarides S, Questel F, Azuar J, Braganca A, P.Desaveig, J. Harbonnier, J.B. Trabut EH. L'orientation du patient alcoolisé aux urgences : état des lieux et perspectives. *J Eur des Urgences Réanimation*. 2015;27:77–85.
8. Touquet R BA. Revisions to the Paddington Alcohol Test for Early Identification of Alcohol Misuse and Brief Advice to Reduce Emergency Department Re-attendance. In: *Alcohol and Alcoholism*. 2009. p. Pages 284–286,.
9. Allemand H, Villaume M, Deudon P. et al. Etude épidémiologique de l'alcoolisation chez 3079 sujets admis consécutivement dans un service d'accueil-urgence. *Alcoologie*. 1990;1:6-10.
10. Lejoyeux M, Boulenguiez S FA et al. Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22: 206-212.
11. D'Onofrio G, Pantaloni MV, Degutis LC, Fiellin DA OP. Development and implementation of an emergency practitioner-performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005;12:249–56.
12. McDonald AJ III, Wang N CCJ. US emergency department visits for alcohol-related diseases and injuries between 1992 and 2000. *Arch Intern Med*. 2004;164(5):531–7.
13. Dinh-Zarr T, DiGuseppi C, Heitman E RI. Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;
14. Kohn R., Saxena S, Levav I. SB. The treatment gap in mental health care. *Bull World Heal Organ*. 2004;82: 858–866.

15. SAMHSA. Alcohol Screening and Brief Intervention for Trauma Patients. Washington, DC SAMHSA, 2007. 2007;
16. NICE National institute for health and care excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. Clin Guidel [Internet]. 2010; disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100/chapter/recommendations>
17. Simioni N, Rolland B CO. Interventions for Increasing Alcohol Treatment Utilization Among Patients with Alcohol Use Disorders from Emergency Departments: A Systematic Review. *J Subst Abuse Treat*. 2015;58:6–15.
18. Donovan M, Peavy D, Taborsky J, Hatch-Maillette MA, Phares M.M, Ernest E, McGarry KM. Lessons learned for follow-up phone booster counseling calls with substance abusing emergency department patients. *J Subst Abuse Treat*. 2015;Volume 50:Pages 67-75.
19. Longabaugh R, Woolard RE, Nirenberg TD, Minugh AP, Becker B, Clifford PR et al. Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *J Stud Alcohol*. 2001;62(6):806–16.
20. Mello MJ, Longabaugh R, Baird J, Nirenberg T et al. DIAL: A telephone brief intervention for high-risk alcohol use with injured emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2008;51(6):755–64.
21. Sommers MS, Dyehouse JM, Howe SR, Fleming M, Fargo JD et al. Effectiveness of brief interventions after alcohol-related vehicular injury: A randomized controlled trial. *J Trauma Inj Infect Crit Care*. 2006;61(3):523–31.
22. Soderstrom CA, DiClemente CC, Dischinger PC, Hebel JR, McDuff DR, Auman KM et al. A controlled trial of brief intervention versus brief advice for at-risk drinking trauma center patients. *J Trauma Inj Infect Crit Care*. 2007;62(5):1102–12.
23. D'Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, Chawarski MC, Owens PH, Degutis LC et al. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2012;60(2):181–92.
24. Lee CS, Baird J, Longabaugh R, Nirenberg TD, Mello MJ et al. Change plan as an active ingredient of brief motivational interventions for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(5):726–33.
25. Bernstein J, Heeren T, Edward T, Dorfman D, Bliss C, Winter M et al. A brief motivational interview in a pediatric emergency department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. *Acad Emerg Med*. 2010;17(8):890–902.
26. Brisacie A-C. Recours aux urgences pour usage de substances illicites. *Alcoologie et Addictologie*. 2019;
27. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ et al. *Traité d'addictologie 2e édition*. Flammarion. 2016.
28. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie*. 2015;37(1).
29. MILDECA. Qu'est ce qu'une drogue ? [Internet]. 2015. disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
30. MILDECA. Facteurs de risques et de protections [Internet]. 2015. Available from:

<https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection>

31. Reynaud M, Parquet PJ LG. Les pratiques addictives. Odile Jaco. Paris; 2000.
32. Gorwood P, Ades J ML. Facteurs génétiques de l'alcoolisme. *Alcool Psychiatr.* 1997;25–40.
33. Swad H et al. Individual risk factors adolescent substance use. *Drug Alcohol Depend.* 1999;55:209–24.
34. Merikangas K, Stolar M SD et al. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:973–9.
35. Pani et al. Delineating the psychic structure of substance abuse en addictions : should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included. *J Affect Disord.* 2010;122(3):185–97.
36. Ledoux S, Sizaret A HC et al. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence : revue des études de cohorte. *Alcoologie et Addictologie.* 2000;2:17–40.
37. Blum RW. Adolescent substance abuse : diagnostic and treatment issues. *Pediatr Clin North Am.* 1987;34:523–31.
38. Morel A RM. Les modalités de consommation à risques. La Doc française. 2000;
39. Reynaud M. L'amour est une drogue douce...en général. Robert Laf. Paris; 2005.
40. Dematteis M LP. Théories neurobiologiques de l'addiction. *Trait d'Addictologie.* 2016;
41. Koob GF LMM. *Neurobiology of addiction.* Elsevier. Amsterdam; 2005.
42. Koob GF VN. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacolgy.* 2010;35(1):217–38.
43. Zorrilla EP, Logrip ML, et al. Corticotropin releasing factor: A key role in the neurobiology of addiction Author links open overlay panel. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35(2):234–44.
44. Marrocu A, Giacobbe J, Pariante CM et al. The Molecular Neurobiology of Addiction. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience, 2nd edition (Second Edition).* 2022. 695–703 p.
45. Santé Publique France. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. 2017;
46. Brisacier A-C, Alex Brissot AC-T, Michel Gandilhon, Éric Janssen, Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier, Jeannet, Magali Martinez, Christophe Palle SS. Drogues, chiffres clés [Internet]. *Drogues chiffres clés, 8ème édition.* 2018. Available from: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>
47. Spilka S, Le Nézet O, T. Janssen, A. Brissot, A. Philippon, J. Shah SC. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tend OFDT.* 2018;
48. OMS. *Global status report on alcohol and health 2018.* 2018.
49. Palle C. Bilan RECAP: évolution des caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA, 2007-2019. OFDT. 2020;
50. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses

- conséquences 2000-2018. OFDT. 2019;
51. Rosón B, Corbella X, Perney P, Santos A, Stauber R, Lember M et al. Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Non-recording of Alcohol Use in Hospitals across Europe: The ALCHIMIE Study. *Alcohol*. 2016;51(4):457–64.
 52. Perrine AL et al. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®. *Bull Epidemiol Hebd Numer* 16-17-18. 2013;
 53. Reynaud M, Schwan R, Loiseaux-Meunier, Albuissou E DP. Patients admitted to emergency services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? *Am J Psychiatry* *Psychiatry*. 2001;1(158):96–9.
 54. Spilka S, Richard JB, O. L Nézet, et al. Les niveaux d'usage de drogues illicites en France en 2017. *Tend OFDT* [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssyb.pdf>
 55. Cadet-Taïrou A, Janssen E, Guilbaud F. Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019. *Tend OFDT*. 2019;42.
 56. HAS College de la haute autorité de santé. Prise en charge des consommateurs de cocaïne. HAS Recommandations bonnes Prat [Internet]. 2010; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf
 57. Spilka S et al. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. *Tend OFDT*. 2018;128:6.
 58. OFDT. Usage de substances illicites. Paris; 2021.
 59. Reynaud M. Données issues d'enquêtes en milieu hospitalier. *Alcool – Dommages sociaux, Abus dépendance*. 2003;
 60. Gómez CD, Ngantcha M. Admission aux urgences de Rennes des adolescents en ivresse aiguë. *OFDT* [Internet]. 2013; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdtc.pdf>
 61. ANESM. La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. *Recommandations bonnes Prat Prof*. 2010;
 62. Fédération Addiction. Evolution des pratiques en ELSA, en intra et en extrahospitalier. 2020.
 63. Poloméni P, Cleirec G, Icard C, Ramos A, Rolland B. Consultation/liaison addiction medicine: Tools and specificities. *Encephale* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 May 20];44(4):354–62. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/29580705/>
 64. Bernstein E et al. Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting. *Ann Emerg Med*. 2008;(51(6)):751–4.
 65. Daepfen JB, Gaume J, Bady P, Yersin B, Calmes JM, Givel JC et al. Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: A randomized controlled clinical trial. *Addiction*. 2007;102(8):1224–33.
 66. Nilsen P, Baird J, Mello MJ, Nirenberg T, Woolard R, Bendtsen P et al. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *J Subst*

- Abuse Treat. 2008;35(2):184–201.
67. Graham, D. M., Maio, R. F., Blow, F. C., & Hill EM(. Emergency physician attitudes concerning intervention for alcohol abuse/dependence delivered in the emergency: A brief report. department. J Addict Dis. 2000;19, 45–53.
 68. Inding D, Copelan J, Conigrave KM, FAFPHM RI. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. Int Emerg Nurs. 2009;17(1):23–30.
 69. Monti K, Bachi K, Gray M, Mahajan V, Sweeney G, Oprescu A, Munjal KG, Hurd YL LS. Data mining-based clinical profiles of substance use-related emergency department utilizers. Am J Emerg Med. 2022;53:104–11.
 70. Leonieke C van Boekel, Evelien P M Brouwers, Jaap van Weeghel HFLG. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend. 2013;
 71. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. Alcohol Alcohol. 2011;
 72. Gaussoit L. Modération et sobriété : Études sur les usages sociaux de l'alcool. L'Harmattan. Paris; 2004.
 73. Gray-Phillip G, Huckle T, Callinan S, Parry CDH, Chaiyasong S, Cuong PV, Mackintosh AM, Meier P, Kazantseva E, Piazza M, Parker K et al. Availability of alcohol: location, time and ease of purchase in high- and middle-income countries: data from the International Alcohol Control Study. Drug Alcohol Rev. 2018;37:S36–44.
 74. Karlsson T, Mäkelä P, Tigerstedt C, Ilmo K. The Road to the Alcohol Act 2018 in Finland: A conflict between public health objectives and neoliberal goals. Health Policy (New York). 2020;124:1–6.
 75. Sudhinaraset M, Wigglesworth M et al. Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social-Ecological Framework. Alcohol Res. 2016;38(1):35–45.
 76. HAS Haute autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. HAS. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf
 77. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. 2007;(2).
 78. Field CA, Baird J, Saitz R, Caetano R, Monti PM. The mixed evidence for brief intervention in emergency departments, trauma care centers, and inpatient hospital settings: what should we do? Alcohol Clin Exp Res. 2010;34:2004–10.
 79. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. behav psychother. 1983;11:147–72.
 80. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guildford. New York; 1991.
 81. Miller W.R. et Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le

- changement. 2006;
82. Miller WR, Zweben A, Diclemente CC, et al. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence Vol. 2. Natl Inst Alcohol Abus Alcohol. 1992;
 83. Hettema J, Steele J et al. Motivational Interviewing. *AnnuRevClinPsychol.* 2005;1:4.1-4.21.
 84. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change *Psychotherapy. Theory, Res Pract.* 1982;19: 276-288.
 85. De Sousa C, Romo L, Excoffier A et al. lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions. *Psychotropes.* 2011;17:145 à 161.
 86. Lukasiewicz M., Benyamina A. F-PM et RM. L'entretien motivationnel : les bases théoriques », in *Alcoologie et addictologie. Alcoologie et Addictologie.* 2006;28(2) : 155-162.
 87. Csillik A.S. et Le Merdy T. Type de motivation et engagement du processus motivationnel chez les personnes dépendantes. *Alcoologie et addictologie.* 2007;26 (2) : 129-134.
 88. Kim M.K., Kim J.S., Kim J.G. KSS et al. The readiness to change and insight in alcohol dependent patients. *J Korean Med Sci.* 2007;22: 453-458.
 89. Leontieva L, Horn K, Haque A, Helmkamp J, Ehrlich P et al. Readiness to change problematic drinking assessed in the emergency department as a predictor of change. *J Crit Care.* 2005;20(3):251–6.
 90. Rollnick S, Heather N BA. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *J Ment Heal.* 1992;1:25–37.
 91. Cunningham JA, Sobell MB, Agrawal S TT. Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addict Behav.* 1993;18:347–53.
 92. Farhoudian A, Razzaghi E, Hooshyari Z, Noroozi A, Pilevari A, Mokri A, Mohammadi MR MM. Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: an overview of systematic reviews. *Subst Abus.* 2022;16.
 93. CUNEA. Usage, mésusage et troubles liés à l'usage de substances psychoactives. In: *Référentiel de psychiatrie et d'addictologie. 3e Edition. Référentiel de psychiatrie et d'addictologie;* 2021. p. 321.
 94. Brousse G et al. *Alcool et urgences.* Press Med. 2018;
 95. Paille F et al. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;
 96. SAMHSA. Key substance use and mental health indicators in the United States: results from the 2019 National Survey on drug use and health. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance abuse and mental health services administration. Rockville; 2020.
 97. Mekonen T, Gary C, Chan K, Connor J, Hall W, Hides L et al. Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2021;
 98. Carruzzo E, Zimmermann G, Zufferey C. et al. L'entretien motivationnel, une nouvelle "panacée" dans la prise en charge de patients toxicodépendants ? Une

- revue de littérature. *Prat Psychol.* 2009;15(4) : 405-413.
99. Guy R, Hocking J, Wand H, Stott S, Ali H, et al. How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? A meta-analysis and systematic review. *Heal Serv Res* 47,. 2012;614–632.
 100. Trebalag AK, Lucet C, Danon N et al. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge en addictologie En urgence en cas de complications, programmée dans un objectif de sevrage ou de post-cure. *Rev Prat.* 2018;68(6);683-6.
 101. Balester- Mouret S. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge des troubles de l'alcoolisation. *Rev Prat.* 2011;61:1381-5.
 102. Delille JM, CJ. Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. *Alcool Addictol.* 2009;31:27-35.
 103. Dawson D.A, Goldstein RB, Ruan WJ, Grant BF. Correlates of recovery from alcohol dependence: A prospective study over a 3-year follow-up interval. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012;36:1268–77.
 104. Roerecke M, Gual A, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: Systematic review and meta-analyses. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:1181–9.
 105. Armstrong M.A, MidanikL.T, Klatsky, A.L, Lazere A. Utilization of health services among patients referred to an alcohol treatment program. *Subst Use Misuse.* 2001;36:1781–93.
 106. Lenaerts, E., Matheï, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P. et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2014;135:9–21.
 107. McKay JR. Continuing care research: What we have learned and where we are going. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36:131–45.
 108. Giorgio M-T. Alcool : intervention brève lors des visites médicales de santé au travail [Internet]. Available from: <https://www.atousante.com/apptitude-inaptitude/apptitude-travail-pathologie/alcoolisme/alcool-intervention-breve-visites-medicales-sante-travail/>
 109. Mason M, Ola B, Zaharakis N ZJ. Text messaging interventions for adolescent and young adult substance use: a meta-analysis. *Prev Sci Jun.* 2014;16(2):181-188.
 110. Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S et al. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77(1):49–59.
 111. Engel G. La nécessité d'un nouveau modèle médical : un défi pour la biomédecine. *Science. Science (80-).* 1977;196:129-136.
 112. Glass JE, Hamilton AM, Powell BJ, Perron BE, Randall T. Brown MAI. Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction.* 2015;
 113. Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY, Atwood AK, Johnson RA, Boyle MG et al. A smartphone application to support recovery from alcoholism: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):566-572.
 114. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. An example of

- post-discharge monitoring after a suicide attempt: *VigilanS. Encephale*. 2019;
115. Jardon V, Debien C, Morgiève M et al. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : *VigilanS. Encephale*. 2018;
 116. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006;
 117. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F et al. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. *Encéphale*. 2010;36(2):7–13.
 118. Blow FC, Walton MA, Murray R, Cunningham RM, Chermack ST, Barry KL, Mark A. Ilgen BAMB. Intervention Attendance Among Emergency Department Patients With Alcohol- and Drug-Use Disorders. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(5):713–719.
 119. McKay JR. The effectiveness of telephone-based continuing Care for Alcohol and Cocaine Dependence: 24-month outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:199–207.
 120. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Ratichek S, Morrison R, Koppenhaver J et al. The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical management of alcohol and cocaine use disorders: 12-Month outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(6):967–279.
 121. Blodgett JC, Maisel NC, Fuh IL, Wilbourne PL et al. How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(2):87–97.
 122. McCambridge J JS. Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*. 2005;100(4):470–8.
 123. Bogenschutz MP, Donovan DM, Adinoff B, Crandall C, Forcehimes AA, Lindblad R et al. Design of NIDA CTN Protocol 0047: Screening, Motivational Assessment, Referral, and Treatment in Emergency Departments (SMART-ED). *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011;37(5):417–25.
 124. Bernstein E, Edwards E, Dorfman D, Heeren T, Bliss C JB. Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Acad Emerg Med*. 2009;16(11):1174–85.
 125. Biroscak BJ, Pantaloni M V., Dziura JD, Hersey DP, Vaca FE. Use of non-face-to-face modalities for emergency department screening, brief intervention, and referral to treatment (ED-SBIRT) for high-risk alcohol use: A scoping review. Vol. 40, *Substance Abuse*. Routledge; 2019. p. 20–32.
 126. Reynaud M., Schwan R., Meunier M.N., Albuissou E. DP. Patients admitted to emergency services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? *Am J Psychiatry*. 2001;158 : 96-9.
 127. Conway K.P, Compton W, Stinson F.S GB. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J clin Psychiatry*. 2006;67(2):247–57.
 128. Stinson F.S, Grant B.F, Dawson D.A, Ruan WJ, Huang B ST. Comorbidity between DSM IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from

- the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.* 2005;80(1):105–16.
129. Compton W.M, Thomas Y.F, Stinson F.S GB. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(5):566–76.
 130. Regier D.A, Farmer M.E, Rae D.S, Locke B.Z, Keith SJ, Judd LL GF. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA). *JAMA.* 1990;26(4):2511–8.
 131. Cicero TJ, Surratt HL, Kurtz S, Ellis MS et al. Patterns of prescription opioid abuse and comorbidity in an aging treatment population. *J Subst Abus Treat.* 2012;42(1):87–94.
 132. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:807–16.
 133. O'Toole T, Pollini RA, Ford DE et al. The health encounter as a treatable moment for homeless substance-using adults: the role of homelessness, health seeking behavior, readiness for behavior change and motivation for treatment. *Addict Behav.* 2008;33(9):1239–43.
 134. Sobell L.C, Sobell M. B. & Toneatto T. Recovery from alcohol problems without treatment. *Self-control Addict Behav.* 1992;198–242.
 135. Prince MA, Connors GJ, Maisto SA DR. Within treatment therapeutic alliance ratings profiles predict posttreatment frequency of alcohol use. *Psychol Addict Behav.* 2016;30(2):184–93.
 136. Barber J.P, Luborsky L, Gallop R, Crits-Christoph R, Frank A, Weiss R.D, Thase M.E, Connolly M.B, Gladis M, Foltz CLS. Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(1):119–24.
 137. Barber JP, Crits-Christoph P LL. Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:619–22.
 138. SAMHSA. Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. *Off Appl Stat NSDUH Ser H-34, DHHS Publ NoSMA 08-4343.* 2008;
 139. Dennis ML, Scott CK, Funk R et al. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J Subst Abus Treat.* 2005;28(2):S51–62.
 140. Flanagan JC, Jones JL, A.M. Jarnecke SEB. Behavioral treatments for alcohol use disorder and post-traumatic stress disorder. *Alcohol Res.* 2018;39:181–91.
 141. Watkins L.E, Patton S.C, Drexler K, Rauch S.A.M RB. Clinical Effectiveness of an Intensive Outpatient Program for Integrated Treatment of Comorbid Substance Abuse and Mental Health Disorders. *Cogn Behav Pract.* 2022;
 142. Mello MJ, Nirenberg TD, Longabaugh R, Woolard R, Minugh A, Becker B et al. Emergency department brief motivational interventions for alcohol with motor

- vehicle crash patients. *Ann Emerg Med.* 2005;45(6):620–5.
143. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg.* 1999;230(4):473–80.
 144. Thorn B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems. the barriers to help-seeking. *Br J Addict.* 1986;81:777–88.
 145. D'Onofrio G, O'Connor PG, Pantalon MV, Chawarski MC, Busch SH, Owens PH, Bernstein SL FD (2015). Emergency Department-Initiated Buprenorphine/Naloxone Treatment for Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2015;
 146. Nesvåg S MJ. Feasibility and Effects of Digital Interventions to Support People in Recovery from Substance Use Disorders: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2018;
 147. Pachado MP, Nichterwitz Scherer J, Santos Guimaraes L, Marchi N, Almeida R, F.Pechansky et al. Crack cocaine users with high family/social problems show more psychiatric symptoms and violent behaviors. *Drug Alcohol Depend.* 2017;157.
 148. MacDonald ZSP. Illicit drug use, unemployment, and occupational attainment. *J Health Econ.* 2000;19(6):1089–115.
 149. Lori Ann Post, Federico E Vaca, Kelly M Doran, Cali Luco, Matthew Naftilan, James Dziura, Cynthia Brandt, Steven Bernstein, Liudvikas Jagminas GD. New media use by patients who are homeless: the potential of mHealth to build connectivity. *J Med Internet Res.* 2013;15(9):e195.
 150. Post LA, Vaca FE, Biroscak BJ, Dziura J, Brandt C, Bernstein SL, Taylor R, Jagminas L et al. The Prevalence and Characteristics of Emergency Medicine Patient Use of New Media. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2015;3(3).
 151. Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC, Donovan D EK. A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Heal Psychol.* 2003;22(2):156–65.
 152. Donovan DM, Bogenschutz MP, Perl H, Forcehimes A, Adinoff B, Mandler R et al. Study design to examine the potential role of assessment reactivity in the Screening, Motivational Assessment, Referral, and Treatment in Emergency Departments (SMART-ED) protocol. *Addict Sci Clin Pract.* 2012;7(16).
 153. Mello MJ, Baird J, Lee C, V.Strezsak, et al. A Randomized Controlled Trial of a Telephone Intervention for Alcohol Misuse With Injured Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med.* 2016;67(2):263–75.
 154. Shepard D.S, Daley M.C, Neuman M.J, Blaakman A.P et al. Telephone-based continuing care counseling in substance abuse treatment: economic analysis of a randomized trial. *Drug Alcohol Depend.* 2016;159:109–16.
 155. Ilgen M.A, McKellar J MRFJ. therapeutuic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *J Subst Abus Treat.* 2006;31:157–62.
 156. Données OFDT. Baromètre Santé 2000 : polyconsommation. OFDT. 2000;
 157. Centers for disease Control and Prevention. Using Telehealth to Expand Access to Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. Atlanta, GA CDC; 2020

- [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth.html#edn6>
158. Bashshur R, Doarn CR, Frenk JM, Kvedar JC et al. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future. *Telemed e-Health* Vol 26, No 5 Guest Editor [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.29040.rb>
 159. Heard K, A Monte A. Another Perspective on Cannabis and Emergency Medicine in Colorado. *West J Emerg Med*. 2019;
 160. Sweeney MM, Holtyn AF, Stitzer ML et al. Practical Technology for Expanding and Improving Substance Use Disorder Treatment. *Psychiatr clin*. 2022;45:515–28.
 161. Luderer HF, Campbell ANC, Nunes EV, Enman NM, Xiong X, Gerwien R et al. Engagement patterns with a digital therapeutic for substance use disorders: Correlations with abstinence outcomes Author links open overlay panel. *J Subst Abuse*. 2022;132(108585).
 162. Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY, Atwood AK, Johnson RA, Boyle MG et al. A smartphone application to support recovery from alcoholism: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):566–72.
 163. Marsch LA, Guarino H, Acosta M, Aponte-Melendez Y, Cleland C, Grabinski M et al. Web-based behavioral treatment for substance use disorders as a partial replacement of standard methadone maintenance treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(1):43–51.
 164. Marsch LA, Carroll KM et al. Technology-based interventions for the treatment and recovery management of substance use disorders: A JSAT special issue. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(1):1–4.
 165. Duroy D, Boutron I, Baron G, Ravaud P EC and LM. Impact of a computer-assisted Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment on reducing alcohol consumption among patients with hazardous drinking disorder in hospital emergency departments. The randomized BREVALCO trial. *Drug Alcohol Depend*. 2016;165:236–44.
 166. Vaca F.E, Winn D, Anderson C.L et al. Six-month follow-up of computerized alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment in the emergency department. *Subst Abus*. 2011;32(3):144–52.
 167. Havard A, Shakeshaft AP et al. Randomized controlled trial of mailed personalized feedback for problem drinkers in the emergency department: the short-term impact. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(3):523–31.
 168. Kmiec J, Suffoletto B et al. Implementations of a Text-Message Intervention to Increase Linkage from the Emergency Department to Outpatient Treatment for Substance Use Disorders. *J Subst Abus Treat*. 2019;
 169. Tofighi B, Nicholson JM, McNeely J, Muench F et al. Mobile phone messaging for illicit drug and alcohol dependence: A systematic review of the literature. *Drug Alcohol Rev*. 2017;
 170. Bogenschutz MP, McCormack R, Rapp R, Ohki SM, Mennenga SE, Regis A, Kolaric R, Glisker R et al. A randomized clinical trial of strengths-based case management to link emergency department patients to opioid use disorder treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2022;138.

171. Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S RH. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77(1):49–59.
172. Rapp RC, Otto AL, Lane DT, Redko C, McGatha S et al. Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing *Drug and Alcohol Dependence*, 94 (1–3) (2008), pp. 172-182,. *Drug Alcohol Depend.* 2008;94(1–3):172–82.
173. Tait RJ, Hulse GK SIR. Effectiveness of a brief-intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug Alcohol Depend.* 2004;74(3):286–96.
174. Bogenschutz MP, McCormack R, Rapp R, Meyers-Ohki S, Mennenga ES, Regis A, Kolaric R, Glisker R GP. A randomized clinical trial of strengths-based case management to link emergency department patients to opioid use disorder treatment. *J Subst Abuse.* 2022;138.
175. Strathdee SA, Ricketts EP, Huettner S, Cornelius L, Bishai D, Havens JR, Beilenson P, Rapp C, Lloyd JJ LC. Facilitating entry into drug treatment among injection drug users referred from a needle exchange program: Results from a community-based behavioral intervention trial. *Drug Alcohol Depend.* 2006;83(3):225–32.
176. Coviello DM, Zanis DA, Wesnoski SA AA. The effectiveness of outreach case management in re-enrolling discharged methadone patients. *Drug Alcohol Depend.* 2006;85(1):56–65.
177. Kang AW, DeBritz AA, Hoadley A, DelaCuesta C, Walton M, Hurley L et al. Barriers and poor telephone counseling experiences among patients receiving medication for opioid use disorders. *patient Educ Couns.* 2022;105(7):2607–10.
178. O’Cole T, Robinson D, Kelley-Freeman A, Gandhi D, Greenblatt AD, Weintraub E. et al. Patient Satisfaction With Medications for Opioid Use Disorder Treatment via Telemedicine: Brief Literature Review and Development of a New Assessment. *Front Public Heal.* 2021;8.

AUTEURE : Nom : GIRARD

Prénom : Romane

Date de soutenance : 13 Octobre 2022

Titre de la thèse : Adhésions aux soins addictologiques et recontact téléphonique précoce des patients rencontrés aux urgences du CHU de Lille

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : *Addictologie*

DES (+ FST) : *Psychiatrie (+ Addictologie)*

Mots-clés : Addiction – trouble de l’usage lié aux substances psychoactives – service d’urgence – rappels téléphoniques – adhésion aux soins – intervention brève – entretien motivationnel – Alliance thérapeutique – Soins continus

Résumé :

A l’heure actuelle, les patients souffrant d’un trouble de l’usage aux substances psychoactives transitent régulièrement par les services d’urgences. Leur passage représente une opportunité pour dépister et aborder les troubles de l’usage mais aussi une occasion pour le patient d’être orienté vers un traitement spécialisé. Cependant, l’adhésion aux soins spécialisés à leur sortie n’est pas évidente. Certaines études suggèrent que les interventions brèves fondées sur la motivation peuvent augmenter la participation à un traitement, d’autres que des efforts plus intensifs tels qu’un suivi téléphonique, peuvent être nécessaires pour fournir des liens efficaces. Dans un premier temps, l’analyse a consisté à observer l’impact d’une session de rappels téléphoniques précoces sur l’adhésion aux soins addictologiques dans les 3 mois suivant le passage aux urgences du CHU de Lille, des patients, souffrant d’un trouble de l’usage aux substances psychoactives. Dans un second temps, l’analyse a consisté à comparer les groupes selon le statut de l’adhésion aux soins puis selon le statut de la réponse au téléphone pour en décrire les caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques. Au total, 286 patients ont été inclus dans l’étude et parmi eux 49,7 % ont répondu à au moins un appel téléphonique. La prévalence de l’adhésion aux soins dans les 3 mois suivant un passage aux urgences était de 32,52 % (intervalle de confiance à 95% [IC95 = 0,27 ; 0,38]. Les résultats ont montré une différence statistique ($p < 0,001$) significative concernant le rappel téléphonique entre ceux qui ont adhéré aux soins et ceux qui n’ont pas adhéré aux soins : 69,9 % avaient répondu à au moins un appel téléphonique parmi les adhérents aux soins contre 39,9 % parmi les non adhérents aux soins. Ces premiers résultats vont dans le sens de notre hypothèse que les rappels téléphoniques pourraient améliorer l’entrée dans la filière des soins addictologiques chez un certain type de profils consommateurs. Ces observations encourageantes tendent à poursuivre les recherches sur l’étude d’un système de soins continus en addictologie qui adopte une démarche de soins ciblée et plus proactive visant à renforcer l’alliance thérapeutique avec le patient et à le rendre acteur de son rétablissement.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Madame la Docteure Anne DEUEZ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent LEMAHIEU

