

| 2017-2018 |

| THÈSE

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN MÉDECINE GÉNÉRALE** |

REPERAGE DES CONDUITES ADDICTIVES AUX URGENCES DE TRINITE DU CHU DE LA MARTINIQUE

ETUDE PROSPECTIVE SUR TROIS MOIS

MICHEL Gwladys |

Née le 02/11/1986 Aux Abymes (971)

Sous la direction de Mr Dr LACOSTE Jérôme |

Membres du jury

Mr. Pr JEHEL Louis | Président

Mr. Dr LACOSTE Jérôme | Directeur

Mr. Pr CHARLES-NICOLAS Aimé | Membre

Mme Dr LEVEQUE Juliette | Membre

Mr. Pr CABIE André | Membre

Soutenue publiquement le : 15 janvier 2018



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée MICHEL Gwladys
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le : 4.01.2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie

ROGER Emilie
SCHINKOWITZ Andréas
SIMARD Gilles
TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Pharmacotechnie
Pharmacognosie
Biochimie et biologie moléculaire
Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. SCHEMA ET OUTILS DE RECHERCHE**
- 2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION**
- 3. CONSIDERATIONS ETHIQUES**

RÉSULTATS

- 1. DESCRIPTIF DE LA POPULATION DE L'ETUDE**
 - 1.1. Population
 - 1.2. Motif de consultation
- 2. RESULTATS DES TESTS DE L'ETUDE**
 - 2.1. Résultats WHO-ASSIST
 - 2.2. Résultats FACE
 - 2.2.1. Test FACE (Annexe 6)
 - 2.2.2. Résultats combinés WHO-ASSIST/FACE
 - 2.3. Résultats FAGERSTROM
 - 2.3.1. Test FAGERSTROM Version abrégée (Annexe 7)
 - 2.3.2. Résultats combinés WHO-ASSIST / FAGERSTRÖM
 - 2.4. Résultats SATISFACTION
 - 2.4.1. Question 1 Satisfaction
 - 2.4.2. Question 2 Satisfaction : « Utilité du questionnaire »
 - 2.4.3. Question 3 Satisfaction : « Motivation au changement »
 - 2.4.4. Regroupement des résultats Satisfaction
 - 2.5. Résultats Intervention brève
 - 2.5.1. IB Alcool
 - 2.5.2. IB Tabac
 - 2.5.3. IB Cannabis

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Les addictions aux substances psycho-actives (SPA) représentent un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale et dans les départements d'Outre-Mer(DOM). Afin de prévenir l'évolution vers la dépendance, l'attention des professionnels de santé devraient davantage se porter sur la question de ces usages parfois problématiques. Les services des Urgences constituent la première partie d'un processus continu de soins. Ils semblent propices à un repérage des conduites addictives et à une intervention brève(IB).

Matériels et Méthodes : Etude descriptive quantitative mono centrique incluant des patients au sein du service des Urgences de Trinité, Centre Louis Domergue, CHU de la Martinique sur une durée de 3 mois de Mai 2016 à Juillet 2016. Repérage de consommations SPA à partir d'hétéro-questionnaire établi sur 3 tests : WHO-ASSIST, FACE et FAGERSTROM version abrégée, et 3 questions de Satisfaction. Une IB, ciblée sur les SPA a été réalisée en fonction des scores obtenus aux tests.

Résultats : 97 patients inclus dans l'étude. 40 femmes, 57 hommes d'âge moyen respectivement de 47 ans et 53.8 ans. Les SPA repérées sont tabac, cannabis, alcool, cocaïne. 87,6 % des patients de l'étude disent avoir été en contact avec l'alcool au cours des 3 derniers mois et antérieurement, dont 38.2% à une fréquence hebdomadaire. 74.2% des fumeurs de tabac ont une consommation journalière. 75% des consommateurs de cannabis le fument tous les jours. 2 consommateurs réguliers non quotidiens de cocaïne ont été repérés dans l'étude. 25,7% des patients ont dans leur quotidien au moins 2 SPA (majoritairement Tabac et Alcool). 6 patients sont consommateurs de 3 SPA au cours des 3 derniers mois. Les IB ont été réalisés à 22 patients pour l'alcool, à 22 pour le tabac et à 8 pour le cannabis.

Conclusion : Afin de limiter le passage vers la dépendance, la prise en charge de l'addiction doit passer par l'instauration d'un processus de soins efficaces, aussi bien ambulatoires qu'hospitaliers notamment dans les situations d'urgence. L'objectif commun devant être de susciter chez tout consommateur une dynamique du changement de comportement dans les consommations.

INTRODUCTION

Les addictions posent, en France comme à l'échelle européenne et mondiale, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux.

Une confusion fréquente s'observe dans le langage courant sur l'emploi du terme « drogue ».

En effet autrefois, il désignait un médicament ; préparation des apothicaires ; destinés à soulager une maladie ou douleur. Ce terme par la suite a été utilisé pour désigner exclusivement les substances illicites. Aujourd'hui pour nommer l'ensemble des produits agissant sur le cerveau on utilise le terme plus neutre et plus précis de substances psycho-actives (SPA).

Jusqu'en 2013, les classifications internationales distinguent l'usage (simple, ou à risque), l'usage nocif et la dépendance (Selon le DSM IV). En 2013, une cinquième édition du DSM a été publiée, apportant des modifications telles que :

- la suppression des notions d'usage nocif (abus) et de dépendance pour les regrouper en un seul diagnostic de « troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un additif ». L'additif concernant les cas d'addiction sans substance, comme le jeu pathologique.
- les critères diagnostiques de ces troubles sont quasi identiques, hormis le critère de « problèmes judiciaires récurrents » qui a été retiré. Un nouveau critère apparaît dans la classification : le « craving » : désir ou pulsion impérieuse à consommer une SPA ou à s'engager dans un comportement addictif (jeu pathologique) *Annexe 1*

Le terme de « conduites addictives » est employé plus spécifiquement pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner (ou pas) un trouble. Le passage de l'usage simple au trouble de l'usage n'étant pas systématique.

Dans le Monde [1],

Selon le dernier rapport mondial sur les drogues en 2016, 247 millions de personnes ont consommé des SPA au cours de l'année. 29 millions de personnes souffrent de troubles liés à l'usage de SPA et parmi elles, 1 sur 6 seulement suit un traitement. En termes de santé publique, on peut affirmer que la consommation de SPA continue d'avoir des effets dévastateurs sur la santé. Sur les 29 millions, 12 millions d'entre eux, pratiqueraient l'injection de SPA dont 4 millions vivraient avec le VIH. Selon les estimations, 207 400 décès, ou 43,5 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans, seraient liés à la consommation de SPA. Les morts par surdose représentent entre un tiers et la moitié des décès liés au SPA, dont la plupart à la consommation d'opioïdes.

En France [2 ; 3],

Les tendances d'évolution relatives aux usages de SPA diffèrent selon les substances et les âges des personnes interrogées.

Malgré les mesures de lutte contre la consommation de tabac en France, la proportion de fumeurs quotidiens ne cesse d'augmenter depuis 2005, particulièrement chez les femmes. Ceci est le résultat d'un décalage d'une vingtaine d'année du tabagisme féminin par rapport à celui des hommes. Concernant les habits vis-à-vis de l'alcool, chez les 15-75 ans, la consommation régulière quotidienne diminue, mais l'ivresse ponctuelle progresse dans la plupart des régions. La consommation d'alcool dite à risque « chronique » ou « de dépendance » (selon DSM IV) (plus de 21 verres par semaine chez les hommes, 14 verres par semaine chez les femmes, ou plus de 4 verres en une seule occasion au moins une fois par semaine) reste stable ces cinq dernières années.

Le cannabis reste de loin la SPA la plus consommée en France [3 ; 4]. Sa consommation est stable par rapport à 2005 sur l'ensemble du territoire mais en termes de quantité consommée celle-ci peut varier du simple au double d'une région à une autre. Pour les autres SPA (opiacés,

cocaïne, poppers, champignons hallucinogènes...) on observe une légère augmentation des usages. L'ecstasy serait, elle, la drogue la moins expérimentée par rapport aux autres drogues en 2010 (2,6% contre 2% en 2005).

Plus particulièrement, dans les Départements d'Outre-Mer (DOM) [4 ; 6 ;7],

Les comportements d'usage de produits psychoactifs de la population des Outre-Mer sont contrastés d'un département à l'autre et selon les produits. L'enquête « ESCAPAD » a montré à plusieurs reprises que les adolescents ultramarins étaient globalement moins consommateurs de SPA. Cette enquête a notamment établi qu'en 2014, le tabagisme est deux à trois fois moins élevé dans les DOM qu'en métropole et que la consommation de cannabis y est moins fréquente. De même, les niveaux de consommation d'alcool y sont nettement inférieurs. Les résultats de l'enquête « Baromètre Santé 2014 » montrent que cette moindre consommation des jeunes perdure à l'âge adulte, surtout pour le tabac et l'alcool. En effet, dans les DOM, les niveaux de tabagisme quotidien les plus faibles sont constatés en Martinique : 10 % des adultes et adolescents disent fumer quotidiennement (en Guadeloupe 12%, en Guyane 12 %, à la Réunion 20 %, 32 % en Métropole).

Dans les DOM, bien que l'alcool ait un niveau d'usage inférieur à la Métropole, il reste le produit le plus ravageur avec, des différences notables entre les départements. La Réunion se démarque par le niveau le plus élevé de consommation régulière de boissons alcoolisées chez les adolescents et les adultes. En 2014, la consommation quotidienne ou hebdomadaire de boissons alcoolisées s'avère moins importantes qu'en Métropole : en effet on note 36 % de buveurs hebdomadaires dans les DOM (contre 48% en Métropole) et deux fois moins de consommateurs quotidiens (5% vs 10%). Ces différences pourraient s'expliquer par une consommation bien moins importante de vin dans les DOM. Les épisodes d'ivresse ponctuels se révèlent également plus rares dans les DOM. (effet « binge drinking » ou alcoolisations ponctuelles massives).

L'usage du cannabis apparaît à des niveaux assez bas, avec 4-5% de consommation au cours de l'année 2014 chez les usagers, soit moitié moins qu'en Métropole. Cependant, le cannabis dont la production locale est plus importante qu'en Métropole, est davantage consommé sous forme d'herbe que de résine.

Même si le crack reste circonscrit à une population très marginalisée, il est reste visible dans certaines scènes ouvertes de la vie quotidienne dans les grandes villes des DOM. La Réunion ne semble pas ou peu concernée par ces consommateurs. Cependant, on note une préoccupation spécifique dans ce département tel que l'usage détourné de médicaments sur ordonnance ainsi que le recours aux soins et aux traitements de substitution aux opiacés. La population réunionnaise semble plus sujette à une précocité des consommations de façon générale sur tous produits.

Dans les structures d'Urgences, l'ivresse éthylique aiguë est un motif fréquent [8] générant des hospitalisations nombreuses pour traiter la conduite d'alcoolisation en elle-même et surtout ses conséquences [9]. Pour exemple, sur 383 860 séjours en services MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) d'une durée moyenne de 9.2 jours, pour 245 675 patients présentant une pathologie en lien avec l'alcool, 46 % d'entre eux provenaient des services d'Urgences [9]. Le coût annuel des soins est estimé à 17.6 millions d'euros. Les consommations de SPA étant très souvent associées, il est très facile de déduire des données comparatives pour le tabac ou encore le cannabis.

Face à la prévalence et les enjeux de santé publique des consommations de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres SPA, l'attention toute particulière des professionnels de santé devraient davantage se porter sur la question de ces usages. Ces usagers formulent très rarement une demande de soins. Ils n'abordent que rarement le sujet de leur consommation, en particulier les jeunes consommateurs, ou lorsque les usages ne sont pas « encore » problématiques [10]. Les consommations constituent un élément à part entière du tableau clinique que le

professionnel doit connaître de son patient, facteurs déterminants de santé. Selon l’OMS, les soins de santé primaires, [11] sont le premier niveau de contact des individus avec leur système national de santé. 20% des patients arrivant aux urgences médicales ou psychiatriques, relèvent de soins d’addictologie [12]. Le service d’urgences peut constituer la première partie du processus continu de soin. Etant le lieu de passage de nombreux patients, il doit être aussi assimilé à un lieu de repérage des conduites addictives.

Le repérage précoce et intervention brève (RPIB)

Des publications internationales confirment la nécessité de l’intervention brève (IB), et la classe parmi les interventions les plus utiles dans le champ de l’addictologie du fait de son efficacité, de son faible coût et de l’impact attendu sur la santé publique [13;14 ;15].

L’IB est efficace grâce à sa forte composante relationnelle. Elle permet d’adopter, dans le conseil, des attitudes professionnelles faisant face aux problèmes de comportement de santé, à l’adaptation à une pathologie chronique, à un traitement de longue durée, et aux facteurs de risque, telles que les consommations.

Les IB peuvent être appliquées dans toutes les situations professionnelles du champ sanitaire et social. Les mettre en œuvre dans sa pratique clinique n’implique pas de devenir un spécialiste de l’alcoolologie.

Les trois autres composantes d’une IB réussie sont : information, motivation et conseil comportemental. Elle s’échelonne du conseil minimal à l’intervention d’une durée de 5 à 20 minutes (cas le plus fréquent dans les études, en médecine générale) ou encore à l’intervention sur plusieurs sessions (dans des situations ou populations particulières).

On peut citer l’exemple du programme « Boire moins, c’est mieux » [16], (en collaboration avec l’Inpes), qui reposait sur une forme d’intervention adaptée aux conditions de médecine générale en France. Développé sur une durée comprise entre 5 à 10 minutes, elle reprenait

les 3 éléments clés : information, approche motivationnelle et conseils pour inciter au changement de comportement. [16]

Une seule étude française [14], à ce jour, n'a mesuré l'efficacité d'une IB en matière de changement de comportement [14 ;17]. Celle-ci démontrait un succès paradoxal : la moitié des patients repérés ont réduit leur consommation à un an au-dessous des objectifs (4 verres/jour), dans le groupe de repérage avec conseil comme dans le groupe repérage seul. On peut en déduire que le repérage est à lui seul une intervention, ce que l'on retrouve également dans les groupes témoins de nombreuses études [16].

De plus, dans la littérature internationale, le RPIB est préconisé dans les services des urgences depuis 2002[18].

En 2015, l'HAS met à disposition pour tous les médecins, un dispositif pour le RPIB qui s'inscrit dans une démarche de réduction des risques et des dommages chez les usagers de SPA. Historiquement, la réduction des risques ne concernait que l'épidémie du VIH, elle a progressivement intégré le domaine de l'addictologie notamment l'alcool dans ses premiers temps [16]. Ce dispositif regroupait pour le RPIB : le FACE, le CAST [19] et le conseil minimal pour le tabac. Cependant, du fait de sa sous-utilisation on peut s'interroger sur sa faisabilité et sur la pertinence des outils utilisés pour ce repérage.

En se basant sur des questionnaires de repérage validés ; le but de cette étude est d'évaluer la possibilité de réaliser une démarche de repérage précoce et une intervention brève dans un service de soins de premier recours.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. SCHEMA ET OUTILS DE RECHERCHE

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative mono centrique incluant des patients au sein du service des Urgences de Trinité, Centre Louis Domergue, CHU de la Martinique sur une durée de 3 mois de Mai 2016 à Juillet 2016.

Le parcours d'un patient type dans le service des Urgences de Trinité est le suivant :

- Etape Administration pour création de dossier
- Entretien avec l'infirmière de l'accueil (prises des constantes) qui conclut à
- La classification du dossier entre
 - circuit court dit « chirurgical » pour pathologies traumatiques en règle générale ; réalisation d'un bilan radiologique et soins locaux suture/ pansements, et
 - circuit long dit « médical » pour les motifs de consultations qui nécessiteraient une prise en charge avec biologie pour la plupart
- Installation du patient en « box ».
- S'en suivent, l'interrogatoire clinique sur les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient et son examen clinique réalisés par l'interne ou le Sénior. Ils jugeront de la nécessité de réaliser des examens complémentaires et de leur nature (prise de sang, radiographie pulmonaire, scanner, etc.)

C'est à ce stade de la prise en charge que l'hétéro-questionnaire est proposé au patient avec au préalable une présentation de celui-ci (intérêt, caractère anonyme dans l'analyse des résultats, buts recherchés) et l'obtention de son accord (non-opposition) pour sa réalisation. Le questionnaire de cette étude regroupe : WHO ASSIST / FACE / Fagerström version abrégée.

Annexe 2

Le WHO-ASSIST 3.1 [20] est un test bref de dépistage de l'alcool, du tabac et de la toxicomanie, développé par l'OMS et une équipe internationale de chercheurs en toxicomanie. Il comporte 8 questions. L'ASSIST fournit des informations sur les substances consommées au cours de leur vie (Question1) de façon individuelle pour chaque SPA. Au moins une réponse positive à la question 1 justifie la poursuite du questionnaire. Les questions 2 à 5 interrogent sur les consommations au cours des 3 derniers mois. La question 2 s'intéresse à la fréquence des consommations de SPA. La question 3 concerne la fréquence du craving ; la 4, la fréquence des problèmes médicaux, sociaux, judiciaires et financiers ; la 5, la fréquence de l'incapacité à réaliser une tâche à cause des consommations. Pour chaque question de 2 à 5, les réponses proposées sont: « jamais », « une à deux fois », « chaque mois », « chaque semaine », « chaque jour ou presque ». La question 6 concerne la fréquence des inquiétudes formulées par l'entourage du sujet vis-à-vis de ses consommations et la question 7, sur la fréquence d'une réduction sans succès des consommations. Les réponses proposées pour les questions 6 et 7 sont « non, jamais », « oui, au cours des 3 derniers mois », « oui, mais en dehors des 3 derniers mois ». A chaque réponse correspond un chiffre. Pour chaque SPA, ces chiffres sont additionnés et constitue un score. La conduite à tenir : « aucune intervention », « Intervention brève », « Traitement plus intensif » est dictée par les scores obtenus pour chaque SPA sur la base d'abaques.

Le FACE [21] issu du programme « Boire moins, c'est mieux » [15] comporte 5 questions portant respectivement sur la fréquence des consommations d'alcool, le nombre de verres standard consommés par occasion, les inquiétudes faites par l'entourage sur la consommation d'alcool, la consommation d'alcool au réveil et les épisodes d'amnésies secondaires à une consommation d'alcool. Les questions sont cotées selon les réponses spontanées des patients. Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois. Les réponses aux questions 3 à 5 sont sous forme dichotomique « oui / non », pour la première question le patient a le choix

entre « jamais », « 1 fois par mois ou moins », « 2 à 4 fois par mois », « 2 à 4 fois par semaine », « 4 fois par semaine ou plus ». Les réponses de la seconde question sont par tranches de nombre de verres. A chaque réponse donnée correspond un chiffre. Le calcul du score obtenu sur un total maximal de 18 points, par la somme des chiffres, permet de catégoriser entre « risque faible ou nul », « consommation excessive d'alcool », « dépendance probable » à l'alcool. Le Fagerström [22] version abrégée en 2 questions permet d'identifier plus rapidement les consommateurs à risques. En effet les critères : nombre de cigarettes par jour et délai de la première cigarette après le réveil peuvent être le reflet d'une perte de contrôle (dépendance) de sa consommation tabagique en fonction du score obtenu. *Annexe 6*

Au fil des premières inclusions, trois questions supplémentaires concernant la satisfaction des patients ont été rajoutées afin d'évaluer ainsi leur ressenti et l'acceptation au questionnaire dans le service d'Urgences. La question 1 interroge sur la satisfaction globale ; la seconde sur l'utilité du questionnaire dans le Service d'Urgences ; la troisième sur le niveau de motivation au changement. Basées sur le modèle d'échelle numérique, le patient donne sa note entre 0 et 10.

- A la fin de la prise en charge du patient aux Urgences, et quelle que soit l'orientation décidée sur le plan médical (retour au domicile ou hospitalisation), un flyer présentant les 5 CSAPA de l'île lui est remis tout en lui précisant l'adresse du centre le plus proche de sa commune de domiciliation. Le choix final du CSAPA lui incombe. *Annexe 3.*

En règle générale, un patient aux Urgences est revu en moyenne 3 fois : premier contact, explications sur les premiers résultats recueillis, décision de la poursuite de la prise en charge avec l'orientation vers l'hospitalisation ou un retour à domicile. C'est au cours de 2 dernières étapes, qu'une interprétation du questionnaire est donnée et, en fonction des scores calculés, une Intervention Brève (IB) ciblée sur les produits consommés est faite. Elle consistait à la

transmission d'informations adaptées à chaque patient (et leurs familles quand cela est possible, surtout dans le cas de jeunes consommateurs hormis les mineurs) en fonction des conséquences médico-socio-judiciaires que pourrait avoir une consommation excessive de SPA (Exemple : rappel sur taux seuil, législation des produits...). Dans un second temps, il était primordial de tenir compte du regard que le patient avait sur ses consommations et connaître la dynamique dans laquelle il se trouvait vis-à-vis d'elles.

2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion étaient : tous patients pris en charge avec leur accord dans le Service des Urgences de Trinité, tous motifs de consultation confondus, de jour comme de nuit sur une période de 3 mois.

Les principaux critères d'exclusion définis pour l'étude : mineurs et personnes présentant des troubles cognitifs marqués (connues dans leurs antécédents ou constatés au cours des premiers contacts et entretien clinique). Le support utilisé régulièrement dans le service au cours de l'interrogatoire pour déceler une quelconque désorientation temporo-spatiale consistait à poser les questions : « Quel jour sommes -nous ? Où sommes-nous ? »

3. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Sur le Plan Ethique, lors du premier contact, une information claire et précise est donnée à chacun des patients au début de l'interrogatoire clinique sur l'hétéro-questionnaire proposé. L'objet du questionnaire et les objectifs attendus ont été exposés au patient. Le droit d'opposition a été aussi énoncé. La confidentialité est respectée au même titre que l'interrogatoire clinique.

RÉSULTATS

1. DESCRIPTIF DE LA POPULATION DE L'ETUDE

1.1. Population

Sur la période de 3 mois, sur 3899 patients venus aux urgences, 97 patients ont accepté de participer à l'étude et ont été inclus. Parmi eux, 40 étaient des femmes soit (41,2%), 57 des hommes (58,8%). L'âge moyen pour les femmes qui était de 47,0 ans (+/- 15,2) et 53,8 (+/- 17,6) pour les hommes.

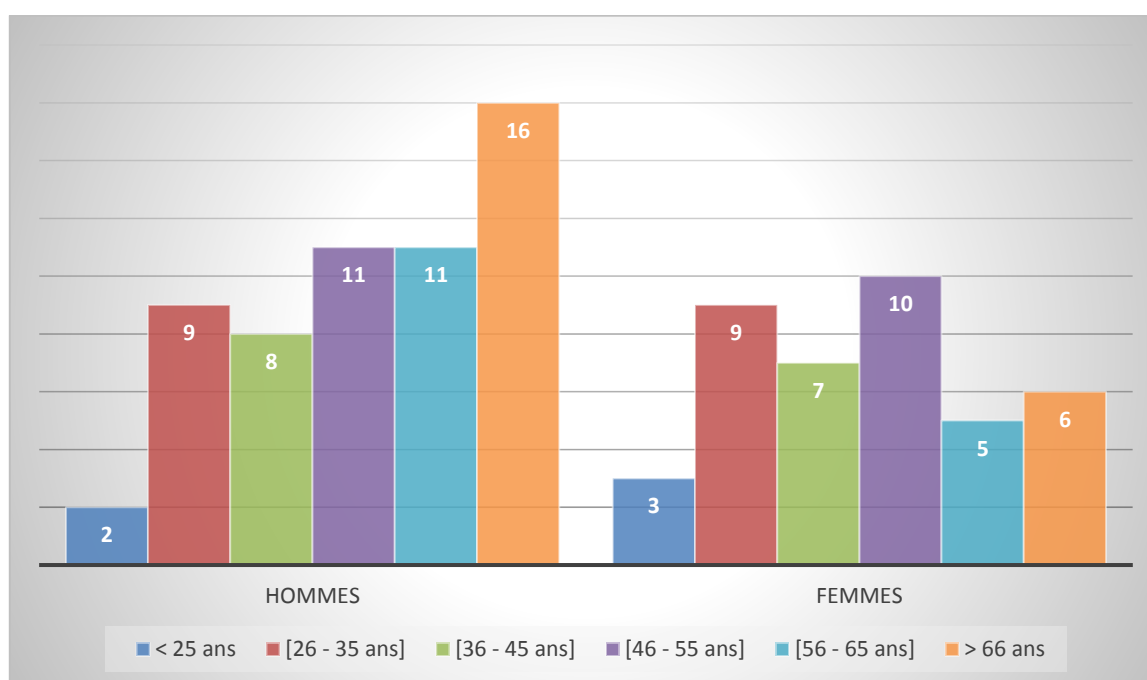


Figure 1 : Description de l'échantillon des patients des Urgences
(Nombre de patients répartis par tranches d'âges et sexe)

1.2. Motif de consultation

Sur les 97 patients se présentant aux urgences inclus, 28 venaient pour un motif dit chirurgical et 69 pour un motif médical.

En détails, les motifs médicaux se déclinaient sous :

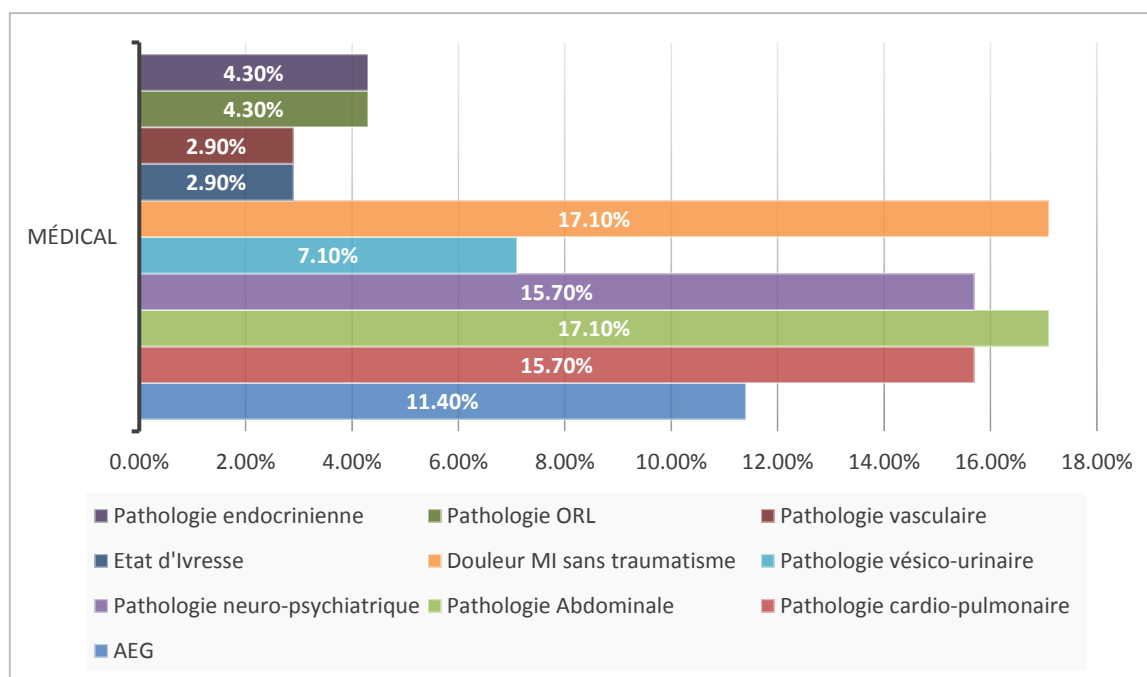


Figure 2 : Répartition des motifs médicaux en pourcentages

2. RESULTATS DES TESTS DE L'ETUDE

2.1. Résultats WHO-ASSIST

Les seules SPA identifiées, que ce soit pour les consommations antérieures (au cours de leur vie) ou récentes (les 3 derniers mois), sont le tabac, l'alcool, le cannabis et la cocaïne.

Sur 97 patients inclus, l'alcool est le produit pour lequel la majorité a déjà eu un contact (87.6%) et celui pour lequel une consommation au cours des 3 derniers mois est importante (80.4%).

Sur les trois derniers mois,

74.2 % des fumeurs de tabac, le consomment tous les jours. 96.8% des consommateurs de tabac disent ne jamais avoir été dans la difficulté d'accomplir une tâche professionnelle ou personnelle. 45.2% fumeurs de tabac disent n'avoir jamais essayé de réduire leurs

consommations contre 32.2% disant avoir essayé sans succès au cours des trois derniers mois et 22.6 % plus antérieurement.

Pour l'alcool, 38.4 % des patients déclarent une consommation une fois par semaine. Une seule personne déclare avoir eu des problèmes de santé, sociaux, financiers, juridiques ou judiciaires de façon quotidienne à cause d'une consommation d'alcool au cours de trois derniers mois. 92.3% des consommateurs d'alcool, déclarent n'avoir eu une difficulté à accomplir une tâche professionnelle ou personnelle. 79.5% des consommateurs d'alcool avouent n'avoir jamais été inquiétés par des remarques de la part de leur famille. 82% des consommateurs de boissons alcoolisées déclarent n'avoir jamais essayé de réduire leurs consommations d'alcool. 75% des consommateurs de cannabis fument tous les jours. Un consommateur sur deux de cannabis déclare avoir été dans l'incapacité d'effectuer une tâche quotidienne une à trois fois sur les trois derniers mois. 62.5% des fumeurs de cannabis nous ont fait part d'inquiétudes en provenance de leurs proches et/ou amis. 75% des fumeurs de cannabis déclarent n'avoir jamais essayé de réduire leurs consommations.

Les deux patients interrogés consommant de la cocaïne sont des consommateurs réguliers à hauteur d'une fois par semaine pour l'un et en moyenne une fois par mois pour l'autre. Un consommateur de cocaïne déclare avoir été dans l'incapacité à réaliser une tâche quotidienne une à trois fois sur les trois derniers mois. Les deux patients nous ont rapportés des inquiétudes exprimées par leurs proches vis-à-vis de leurs consommations.

Que ce soit pour le tabac, l'alcool ou le cannabis, une majorité de patients affirment ne jamais avoir eu de craving au cours des 3 derniers mois. Les usagers de cocaïne ne représentant que deux patients ; l'un affirme une absence de craving et l'autre une envie impérieuse une à trois fois sur les trois mois.

	TABAC	ALCOOL	CANNABIS	COCAINE	Autres
Q1 Contact avec les produits au cours de leur vie	48/97 (49.5%)	85/97 (87.6%)	19/97 (19.6%)	2/97 (2.1%)	0/97
Au cours des 3 derniers mois	31/48 Soit 64.6%	78/85 Soit 92%	8/19 Soit 42%	2/2 Soit 100%	
Q2 Fréquence des consommations au cours des 3 derniers mois					
Quotidiennement	23/31 (74.2%)	20/78 (25.6%)	6/8 (75%)		
Hebdomadaire	7/31 (22.6%)	30/78 (38.4%)		1/2 (50%)	
1 à 3 fois sur 3 mois	1/31 (3.2%)	28/78 (35.9%)	2/8 (25%)	1/2 (50%)	
Q3 Craving					
Quotidiennement	6/31 (19.3%)	7/78 (9%)	1/8 (12.5%)		
Hebdomadaire	5/31 (16.1 %)	6/78 (7.7%)	2/8 (25%)		
1 à 3 fois sur 3 mois	4/31 (12.9%)	5/78 (6.4%)	1/8 (12.5%)	1/2 (50%)	
Jamais	16/31 (51.6%)	60/78 (77%)	4/8 (50%)	1/2 (50%)	
Q4 Problèmes sociaux, judiciaires, médicaux ou financiers causés par les consommations					
Quotidiennement		1/78 (1.3%)			
Hebdomadaire					
1 à 3 fois sur 3 mois	1/31 (3.2%)	6/78 (7.7%)	3/8 (37.5%)	1/2 (50%)	
Jamais	30/31 (96.8%)	71/78 (91%)	5/8 (62.5%)	1/2 (50%)	
	TABAC	ALCOOL	CANNABIS	COCAINE	Autres

Q5 Incapacité d'accomplir une tâche quotidienne à cause des consommations					
Quotidiennement	1/31 (3.2%)	1/78 (1.3%)			
Hebdomadaire					
1 à 3 fois sur 3 mois		5/78 (6.4%)	4/8 (50%)	1/2 (50%)	
Jamais	30/31 (96.8 %)	72/78 (92.3%)	4/8 (50%)	1/2 (50%)	
Q6 Inquiétudes exprimées par proches et/ou amis					
Sur les 3 derniers mois	12/31 (38.7%)	13/78 (16.7%)	5/8 (62.5%)	2/2 (100%)	
En dehors des 3 derniers mois	4/31 (13%)	3/78 (3.8%)			
Jamais	15/31 (48.4%)	62/78 (79.5%)	3/8 (37.5%)		
Q7 Essai sans succès de réduire sa consommation					
Sur les 3 derniers mois	10/31 (32.2%)	6/78 (7.7%)		1/2 (50%)	
En dehors des 3 derniers mois	7/31 (22.6%)	8/78 (10.2%)	2/8 (25%)		
Jamais	14/31 (45,2%)	64/78 (82%)	6/8 (75%)	1/2 (50%)	
SCORE ASSIST : En faveur d'une Intervention brève	Compris entre 4 et 26	Compris entre 11 et 26	Compris entre 4 et 26	Compris entre 4 et 26	Compris entre 4 et 26
	30/31 (96.8%)	15/78 (19.2%)	8/8 (100%)	1/2 (50%)	0

D'autres résultats ont pu être recensés grâce au WHO-ASSIST nous permettant d'avoir une représentation des polyconsommateurs de notre échantillon.

Tableau II : Répartition des consommations SPA à partir des résultats du WHO-ASSIST.

Consommateurs au cours de trois derniers mois	
Tabac	1/97 (1 %)
Alcool	34/97 (35 %)
Cannabis	
Cocaïne	
Tabac + Alcool	24/97 (24.7%)
Cannabis + Alcool	1/97 (1%)
Tabac + Cannabis	
Tabac + Cannabis+ Alcool	6/97 (6.2%)
Tabac + Cannabis + Alcool + Cocaïne	1/97 (1%)

Sur les trois derniers mois,

24.7 % des patients ont dans leur quotidien au moins 2 SPA ; la majorité étant des fumeurs de tabac consommateurs d'alcool.

L'alcool se révèle être le produit le plus souvent associé à d'autres SPA.

Un véritable polyconsommateur a été repéré : 4 SPA à son actif. Il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans consultant aux urgences pour angine.

Les consommateurs de cannabis seul sont très rares dans notre étude, très souvent le tabac est également présent dans leur quotidien ici, 6 patients déclarent avoir consommées 3 SPA (tabac, cannabis, alcool). La majorité étant des hommes (4 pour 2 femmes) d'âge moyen de 36 ans. Trois d'entre eux consomment le cannabis et le tabac quotidiennement associés à l'alcool une fois par semaine (Tableau IV et V)

Parmi les 34 usagers d'alcool seul, de prédominance masculine (20 hommes, 14 femmes) d'âge moyen de 54.6 ans, 13 disent ne pas ou ne plus consommer de tabac (arrêt du tabac depuis plusieurs années ou absence de consommation depuis trois mois).

Parmi les 24 usagers de tabac et d'alcool, de prédominance masculine (14 hommes, 9 femmes) et d'âge moyen de 41 ans, 10 avouent avoir déjà été en contact avec le cannabis (consommation antérieure aux trois derniers mois).

Tableau III : Fréquence de l'association SPA Alcool/Tabac

<div>Alcool</div> <div>Tabac</div>	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	
Quotidien	3	12	2	
Hebdomadaire	1	3	2	
Mensuel			1	
				24

Ainsi, 50% des patients consommateurs de tabac et d'alcool, d'une prédominance masculine (8 hommes pour 4 femmes), d'un âge moyen de 44.9 ans, fument tous les jours et consomment de l'alcool une fois par semaine.

6 Patients ont répondu de façon positive à la question « au cours des 3 derniers mois, avez-vous consommé ? » pour le tabac, alcool et cannabis.

Tableau IV : Fréquence de l'association SPA Tabac/Cannabis

<div>Cannabis</div> <div>Tabac</div>	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	
Quotidien	4		1	
Hebdomadaire				
Mensuel	1			
				6

Tableau V : Fréquence de l'association SPA Tabac / Cannabis / Alcool

Alcool Tabac Cannabis	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	
Quotidien		3	1	4

Ces 6 patients ayant consommé 3 SPA au cours des 3 derniers mois se retrouvent être en majorité des hommes (4 pour 2 femmes) dont l'âge moyen est de 36 ans. La majorité d'entre eux consomment le cannabis et le tabac quotidiennement et associé l'alcool une fois par semaine.

L'unique patient ayant eu un contact avec le cannabis et l'alcool au cours de 3 derniers mois est âgé de 66 ans, il s'agit d'un homme dont le motif de consultation aux urgences était « malaise ». Il nous avouait ainsi une consommation quotidienne des 2 produits, avec malgré tout une notion de consommation antérieure (de plus de 3 mois ou plus) de tabac. Il présentait un craving quotidien pour l'alcool et disait avoir des problèmes médico-socio-financiers en lien avec ce dernier à une fréquence d'une à trois fois par mois sur les trois derniers mois. Une incapacité de réalisation de tâche quotidienne en lien avec le cannabis se faisait ressentir une à trois fois par mois. Cela l'avait déjà conduit à des tentatives de réduction de sa consommation d'alcool sans succès en dehors des trois derniers mois. Il présentait un score ASSIST à 19 et

Notre jeune patiente de 19 ans consommatrice hebdomadaire de cocaïne déclarait avoir des consommations quotidiennes de tabac, et mensuelles d'alcool et cannabis. Ses craving se trouvaient être hebdomadaires pour le tabac et mensuel pour alcool, cannabis et cocaïne. Elle rapportait ses problèmes socio-médico-financiers à ses consommations de cannabis et de cocaïne uniquement et ce de façon mensuelle. Ses proches s'en inquiétaient uniquement pour ses consommations de cocaïne, tabac et cannabis au cours des trois derniers mois. Seule pour la cocaïne il y aurait eu notion d'essai sans succès de réduction de consommation et à juste titre car selon son score ASSIST cocaïne la patiente relevait d'un traitement intensif. Pour les autres produits, les scores étaient en faveur d'une IB.

2.2.2. Résultats combinés WHO-ASSIST/FACE

Tableau VII : Résultats combinés

	Hommes		Femmes	
Score <5	23	Score <4	22	
Score entre 5 et 8	9	Score entre 4 et 8	5	
Score > 8	18	Score > 8	1	
				78

Une différence de 19 patients s’observe entre l’ensemble des patients de l’étude et ceux ayant répondu de façon positive à la première question du Q1 du WHO-ASSIST correspondant au contact avec le produit ici l’alcool: 12 (10 femmes d’âge moyen 53.7 ans et 2 hommes d’âge moyen de 67.5 ans) disent n’avoir jamais été en contact avec de boissons alcoolisées ; 7 (5 hommes d’âge moyen de 70.8 ans ; et 2 femmes de 62.5 ans) disent n’avoir pas été en contact avec l’alcool au cours des trois derniers mois.

L'analyse du Coefficient de corrélation entre le score ASSIST Alcool et FACE est $r = 0,84$.

2.3. Résultats FAGERSTROM

2.3.1. Test FAGERSTROM Version abrégée (Annexe 7)

A partir d'un score supérieur à 4, une dépendance au tabac est suspectée. Ici, cela correspondant à 6 patients.

Tableau VIII : Résultats Fagerström

	Hommes	Femmes	
Score 0-1	52	36	88
Scores 2-3	2	1	3
Score 4 à 6	3	3	6
			97

2.3.2. Résultats combinés WHO-ASSIST / FAGERSTRÖM

Tableau IX : Résultats combinés WHO-ASSIST-FAGERSTRÖM

	Hommes	Femmes	
Score 0-1	13	9	22
Score 2-3	2	1	3
Score 4 à 6	3	3	6
			31

Une différence de 66 patients s'observe entre l'ensemble des patients de l'étude et ceux ayant répondu de façon positive à la première question du Q1 du WHO-ASSIST à savoir un contact avec le produit ici le tabac : 49 (24 femmes d'âge moyen 52.6 ans et 25 hommes d'âge moyen de 58.9 ans) disent n'avoir jamais été en contact avec le tabac ; 17 (14 hommes d'âge moyen de 61.4ans; et 3 femmes de 40 ans) n'avoir pas été en contact avec l'alcool au cours des trois derniers mois.

L'analyse du Coefficient de corrélation entre le score ASSIST Tabac et Fagerström abrégé est $r=0,66$.

2.4. Résultats SATISFACTION

L'aspect SATISFACTION ayant été introduit au cours de l'étude à l'hétéro-questionnaire, seuls 60 patients sur les 97 totaux ont répondu aux 3 questions. (*Annexe 2*)

2.4.1. Question 1 Satisfaction

Pour le tabac, sur 60 patients, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs (9,0 +/-1,1 VS 8,5 +/- 1,9 ; $p = 0,26$) ; pour l'alcool , il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs (8,8 +/-1,4 VS 8,1 +/- 2,9 ; $p=0,28$) ; pour le cannabis, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs (9,0 +/- 1,2 VS 8,7 +/- 1,6 ; $p=0,63$) , pour la cocaïne, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs (8,0 VS 8,8 ; mais un seul consommateur de cocaïne interrogé)

En clair, sur les 60 personnes interrogées, nous avons une moyenne de niveau de satisfaction à 8,7 sur 10 pour les consommateurs VS 8,5 pour les non-consommateurs pour l'ensemble des produits. Ce qui signifie que dans la majorité des cas, les personnes interrogées sont relativement satisfaits de l'entretien concernant le RPIB.

2.4.2. Question 2 Satisfaction : « Utilité du questionnaire »

Pour le tabac, sur 60 patients, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($9,0 \pm 1,6$ VS $8,8 \pm 1,9$; $p = 0,59$) ; pour l'alcool , il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($8,9 \pm 1,7$ VS $8,4 \pm 2,5$; $p=0,47$) ; pour le cannabis, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($8,8 \pm 1,9$ VS $8,9 \pm 1,8$; $p=0,80$) , pour la cocaïne, , il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs (3 VS 9 ; mais un seul consommateur de cocaïne interrogé)

En clair, sur les 60 personnes interrogées : on a une moyenne de niveau d'utilité du test dans un service d'urgence à 7.4 sur 10 pour les consommateurs VS 8.7 pour les non-consommateurs pour l'ensemble des produits. Ce qui signifie que dans la majorité des cas, les personnes interrogées voient un intérêt à être interrogé sur leurs consommations dans un service d'urgences au-delà du fait que le motif de consultation reste indirectement lié à leurs consommations.

2.4.3. Question 3 Satisfaction : « Motivation au changement »

Pour le tabac, sur 60 patients, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($6,9 \pm 3,3$ VS $5,1 \pm 4,0$; $p = 0,08$) ; pour l'alcool, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($6,1 \pm 3,7$ VS $5,0 \pm 5,0$; $p=0,49$) ; pour le cannabis, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($8,1 \pm 2,0$ VS $5,6 \pm 3,9$; $p=0,08$), pour la cocaïne, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs (0 VS 6,0 ; mais un seul consommateur de cocaïne interrogé).

En clair, pour les 60 personnes interrogées, on a une moyenne de niveau de motivation au changement à 5.2 sur 10 pour les consommateurs VS 5.4 pour les non-consommateurs pour l'ensemble des produits. Ce qui représente une faible motivation immédiate au changement (un niveau proche de la moyenne sur 10)

2.4.4. Regroupement des résultats Satisfaction

Pour affiner les analyses descriptives, nous avons catégorisé la fréquence de consommation sur les 3 derniers mois (Question 2 ASSIT), en 2 groupes, les non consommateurs et les consommateurs occasionnels (une fois par mois ou moins) et un second groupe, les consommateurs réguliers (consommateurs au moins une fois par semaine ou plus).

Pour la question 3 « Motivation au changement »: Pour le tabac, sur les 60 patients, la différence est significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($7,5 \pm 2,5$ VS $5,2 \pm 4,1$; $p = 0,03$) ; pour l'alcool, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($6,4 \pm 3,3$ VS $5,3 \pm 4,4$; $p=0,29$) ; pour le cannabis, il n'y a pas de différence significative entre les patients consommateurs et les non consommateurs ($8,1 \pm 2,0$ VS $5,6 \pm 3,9$; $p=0,08$) ; pour la cocaïne, l'utilisateur que nous avons pu interroger, a une consommation occasionnel (moins d'une fois par mois) et ne souhaite pas changer son comportement de consommation malgré notre intervention.

2.5. Résultats Intervention brève

2.5.1. IB Alcool

L'IB Alcool a été faite à 22 patients sur les 97 patients inclus dont un score ASSIST à $7,8 \pm 7,6$ (vs score à $3,4 \pm 7,0$ pour les non-interventions) et un score FACE à $10,1 \pm 4,0$ (vs $2,6 \pm 3,2$).

Un patient avec un score ASSIST à 36 et FACE à 20 a été hospitalisé pour prise en charge et soins spécialisés.

Trois patients pour lequel le score ASSIST < 10 ont malgré tout bénéficié d'une IB alcool. Les 3 avaient une poly-consommation (Alcool/Cannabis, Alcool/Tabac ou Alcool/Tabac/Cannabis) dont les produits annexes autres que l'alcool révélaient des consommations excessives. Une IB mixte a donc été proposé avec une part d'autant plus préventive pour l'alcool.

2.5.2. IB Tabac

L'IB Tabac a été dispensée à 22 patients sur les 97 patients inclus dont un score ASSIST à 14,8 +/- 5,7 (vs score à 1,3 +/- 4,3 pour les non intervention) et un score FAGERSTROM à 1,5 +/- 1,9 (vs score à 0,1 +/- 0,6).

Sept patients avec un score > 4 n'ont pas eu d'intervention brève par refus exprimés par les patients. La raison donnée par la plupart était qu'ils « se disaient au clair vis-à-vis des conséquences du tabac ». Six avaient eu une consommation d'alcool au cours des trois derniers mois dont les scores ASSIST Alcool ne préconisaient pas d'IB alcool, un patient avait un score associé ASSIST cannabis à 23 et a accepté l'IB cannabis.

2.5.3. IB Cannabis

L'IB Cannabis a été faite à 8 patients sur 97 patients dont un score moyen ASSIST à 15,9 +/- 5,9 (vs score à 0 pour les non interventions). Deux d'entre eux malgré un score ASSIST supérieur à 9 déclaraient une consommation occasionnelle. C'est au niveau des quantités dans leurs cas que l'excès même ponctuel marquait la différence.

La durée moyenne de réalisation chronométrée du questionnaire seul : 5 minutes en moyenne. En y couplant l'IB, cela rajoutait en moyenne 20 minutes au total à la prise en charge globale d'un patient aux Urgences de Trinité.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Sur 97 patients inclus, l'alcool est le produit pour lequel la majorité a déjà eu un contact (87.6%) et celui pour lequel une consommation au cours des 3 derniers mois est importante (80.4%). L'alcool est également le plus associé aux autres SPA.

74.2 % des fumeurs de tabac, le consomment tous les jours. 38.4 % des patients déclarent une consommation de boissons alcoolisées une fois par semaine. 75% des consommateurs de cannabis fument tous les jours.

45.2% fumeurs de tabac puisque que disent n'avoir jamais essayé contre 32.2% disant avoir essayé au cours des trois derniers mois et 22.6 % plus antérieurement. Alors que 82% des buveurs d'alcool et 75% des fumeurs de cannabis déclarent n'avoir jamais essayé de réduire leurs consommations.

Les 3 périodes essentielles dans la prise en charge des addictions demeurent le dépistage, les aides au sevrage ou à la réduction de la consommation (diminution du risque) et le suivi à long terme [16 ;23]. Le dépistage repose sur l'utilisation de questionnaires spécifiques. Il a été prouvé que les questionnaires sont les moyens les plus faciles et les plus efficaces pour mettre en place une stratégie de repérage des consommations excessives d'alcool [16]

Une fois le dépistage fait, le niveau de motivation du patient vis-à-vis d'une prise en charge est l'élément à évaluer et à conforter. Selon Prochaska et Diclemente, il existe 5 niveaux de motivation vis-à-vis d'un processus de changement. [24]

Stades du changement

J.O. Prochaska, C. DiClemente 1982



CBAC 2009D

6

A chacun de ces stades, l'entretien motivationnel a pour but d'aider l'utilisateur à entamer une démarche de soins. Il permet aussi de se situer entre l'absence totale de demande et la prise en charge prolongée.

En réalisant un RPIB, dans toutes les situations, un conseil minimal ne suffit pas à influencer radicalement un comportement de santé surtout quand le comportement dit « à risques » est sous la mouvance de nombreux autres facteurs notamment environnementaux. Cependant, il a été montré que la qualité de la relation entre la personne conseillée et l'intervenant compte beaucoup plus que l'intensité de l'intervention elle-même (sa durée, sa fréquence, la coercition qui peut l'accompagner) [16]. Elle est suivie d'un effet positif sur le plan de la réduction de la consommation en dessous des seuils de risque dans 10 à 50 % des cas [16].

Dans notre étude, il n'existe aucune différence significative entre les consommateurs et les non-consommateurs sur le degré de satisfaction du questionnaire aux urgences, de son utilité et le niveau de motivation au changement immédiat. Alors que les résultats aux questions

mesurant la satisfaction (8,7 sur 10 pour les consommateurs VS 8,5 pour les non-consommateurs) et l'utilité du questionnaire dépassent la moyenne (7.4 sur 10 pour les consommateurs VS 8.7 pour les non-consommateurs), celle-ci est à juste atteinte pour le niveau de motivation au changement (5.2 sur 10 pour les consommateurs VS 5.4 pour les non-consommateurs). En effet, [15], pour susciter un changement de comportement, il faut que l'intervenant soit conscient des éléments qui le favorisent :

- Plus l'intervention est tardive, moins il existe de la marge pour agir sur le comportement. La dépendance comportementale étant ancrée et donc difficilement malléable. Bien souvent, la dépendance psychique est beaucoup plus précoce et précède les signes physiques de dépendance du patient.
- Plus les dommages réels ou potentiels sont réparables, mieux ils seront pris en compte,
- Plus le comportement est en contradiction avec les valeurs propres du sujet, plus il aura le désir de le modifier ;
- Plus le sujet a sa place dans le dialogue et plus il exprime ses préoccupations, moins il résiste aux conseils délivrés ;
- Plus les solutions émanent du sujet, plus elles sont faciles à réaliser ;
- Moins l'intervenant exprime un jugement et moins il tente d'imposer ses propres solutions, plus vite tomberont les attitudes de résistance.

La méthode de cette étude et les circonstances de sa réalisation ont fait que qu'il n'y ait qu'un intervenant pour ce repérage précoce. Au cours de la première semaine d'inclusion, après présentation du protocole à l'ensemble de l'équipe médicale, la méthode initiale qui préconisait que les premières questions du questionnaire seraient posées par l'IAO n'a pu être mise en place car cela représentait une charge de travail supplémentaire pour celle-ci. Il a été donc décidé que l'ensemble du questionnaire serait directement intégré à l'interrogatoire classique

du service des Urgences lors de l'échange Interne-Patient. L'idéal serait ; afin d'éviter les biais éventuels de sélection ; d'optimiser le nombre de professionnels de santé de l'équipe médicale, aux Urgences de Trinité pour réaliser ce repérage. Devant le refus des IAO d'entreprendre ce RPIB, la question du manque de sensibilisation à la problématique addictive de l'équipe soignante se pose avant de pouvoir l'entreprendre auprès des patients.

En effet, l'attitude des soignants est en partie liée à la place qu'occupe la consommation de boissons alcoolisées et de tabac dans la tradition culturelle française. Les images positives et leurs valeurs de convivialité dans notre société, rend difficile la distinction entre l'usage social et une relation pathologique avec les SPA, pour les soignants, pour l'entourage familial, voire pour le patient lui-même. Le patient alcoolisé arrivant aux urgences peut donc très souvent ne pas être considéré comme souffrant, ni présentant un problème médical ; le tableau étant minimisé [8]. La prise en charge du patient alcoolisé semble pour plusieurs raisons banalisée : soit en minimisant le tableau en considérant qu'il s'agit d'un simple « écart ponctuel de conduite » soit en considérant à l'inverse le patient comme « un habitué du service d'urgences ». Dans les deux situations, l'objectif sera le même : procéder à un retour au domicile le plus rapidement que possible prétextant l'occupation « non justifié » d'un lit avec un coût non négligeable. La réception de ces patients aux troubles du comportement problématique (agités, bruyants, agressifs, opposants aux soins...) dans des locaux non adaptés par des équipes peu sensibilisées, engendre une attitude de résistance de la part des urgentistes. D'autant plus que la prise en charge de ces patients est chronophage [25].

Il faut aussi noter que l'addictologie hérite encore de nos jours, comparée à d'autres spécialités, d'un certain scepticisme pour ses soins supposés voués à l'échec (nombre répété d'hospitalisations pour sevrage chez un même patient) ou jugés inutiles et coûteux pour la société. Cependant, les patients trouvent normal que le thème de l'addiction soit abordé et que les médecins [13 ;14] sont complètement légitimes et compétents sur ce sujet [15]. Vis-à-

vis de l'attitude des médecins sur leur « maladie », les patients dépendants de l'alcool et d'autres SPA souhaitent de l'aide pour affronter leurs craintes par rapport à l'alcool surtout quand leur consommation semble encore contrôlable [2 ;10]. Ils constatent avec regret qu'ils doivent faire face à des soignants ne voulant pas aborder ce sujet : la gêne à aborder le thème des addictions serait plutôt du côté médical [9 ;16].

Le RPIB proposé par l'HAS fait l'usage de 3 questionnaires qui sont le FACE, le CAST et le conseil minimal pour le Tabac. Nous avons fait le choix de proposer un questionnaire basé sur le WHO-ASSIST permettant un repérage large en termes de nombre de SPA, le Fagerström et le FACE.

L'OMS a développé un auto-questionnaire en dix questions : l'AUDIT [26 ;27 ;28] validé en français. Il classe les patients en 3 groupes : 1/ pour un score inférieur à 7 pour les hommes et 6 pour les femmes, abstinentes et consommateurs « à faible risque », qui relèvent d'un conseil de prévention primaire (« veillez à rester en dessous des seuils de risque ») ; 2/ au de-là de ces chiffres et jusqu'à 12 inclus, les consommateurs excessifs, qui relèvent de l'intervention brève ; 3/au-dessus du score de 12, les sujets dépendants, chez qui une prise en charge plus longue et complexe est nécessaire. Présentant d'excellentes valeurs informationnelles et d'un coût quasi nul, très supérieur à la biologie, le questionnaire a pour principal défaut d'être peu utilisable en l'absence d'une assistante médicale.

Un autre outil, le questionnaire FACE [21] créé à la demande des médecins généralistes, est maintenant disponible, il a les mêmes qualités que l'AUDIT mais a été construit et validé en français pour être utilisé en face-à-face en entretien médical. *Annexe 4* .FACE est un questionnaire court (une minute par question ; 5 questions au total) et particulièrement acceptable dans la routine médicale. Une étude 5REF° [16] comparant l'acceptabilité de son utilisation en pratique quotidienne à celle de l'AUDIT a montré les nettes préférences des

médecins généralistes et des patients pour le FACE. C'est l'élément primordial qui nous a conduit à choisir le FACE dans notre questionnaire. Sur nos 97 patients inclus dans l'étude, 18 hommes et 1 femme auraient une forte probabilité de dépendance à l'alcool dépistés par le FACE (score > 8).

L'AUDIT et le FACE cependant trouvent leurs limites chez l'adolescent et chez les personnes âgées. Dans notre étude, sur nos 97 patients interrogés, 32 d'entre eux sont âgés de plus de 65 ans. Chez les personnes âgées, l'AUDIT reste ce jour, le seul outil validé en français [26], mais le programme « Boire moins c'est mieux » tend à réaliser une adaptation française d'un questionnaire américain, l'ARPS, justement conçu pour tenir compte du contexte dans l'évaluation du risque alcool [16].

WHO-ASSIST 3.1 est considéré comme une méthode simple de dépistage de l'alcool, de tabac et d'autres substances psychoactives [20]. *Annexe 5.* L'ASSIST est spécialement conçu pour être utilisé par les professionnels de la santé en relation avec des personnes présentant des problèmes liés à la consommation de substances. L'ASSIST peut aider à avertir les gens s'ils risquent de développer des problèmes en lien avec leur consommation actuelle ; intérêt donc non négligeable dans le domaine de la prévention des addictions. Par conséquent, l'ASSIST engendre, en fonction du score, une brève intervention pour aider les consommateurs de substances à risque élevé à réduire ou à arrêter leur consommation et d'éviter leurs conséquences. En effet, dans notre étude, selon l'ASSIST, 96,8% de nos patients relevaient d'une IB Tabac, 19.2% d'une IB Alcool, 100% d'IB Cannabis et 50% pour la cocaïne. Dans les faits, pour des raisons de refus ou autre, le nombre d'IB n'a pas été atteint.

La question 8 de l'ASSIST s'intéressant aux SPA en injection n'a concerné aucun de nos 97 patients de l'étude, confirmant la faible prévalence d' « injecteurs » dans notre population DOMienne [5 ;7 ;8]

Le test de Fagerström, est l'un des tests les plus anciens; inventé en 1978, par un médecin suédois Karl Fagerström. Le nom du test a progressé avec l'évolution des connaissances sur le tabagisme. En effet d'abord « Questionnaire de tolérance de Fagerström », puis « Test de dépendance à la nicotine » en 1991, il est devenu au moment de la retraite de K.Fagerström en 2011 « Test de dépendance à la cigarette ». Cependant, Fagerström avait bien pris le soin de préciser que le test n'a effectivement été validé que pour la cigarette et non pour les autres utilisations du tabac; l'auteur soulignait également que outre le fait que le rôle de la nicotine dans la dépendance était mis en question, bien d'autres facteurs, en particulier psycho-sociaux, intervenaient dans la dépendance au tabac. Les avantages mis en avant pour ce test sont le caractère reproductible du questionnaire, et la facilité d'instauration d'un traitement médicamenteux en substitution nicotinique de façon adaptée à chaque fumeur. Malgré tout on lui trouve quelques limites [22]: ce test étant déclaratif, une minimisation des consommations de la part des usagers interrogés ne peut être évitée, face à un professionnel de soins, de peur d'être jugé. L'usage de sa version abrégée (2 questions contre 5 questions pour la version originale) trouve tout son intérêt dans la rapidité de réalisation d'un questionnaire face à cette exigence qu'impose un service d'Urgences.

Dans notre étude sur les 97 patients inclus, selon le test de FAGERSTROM version abrégée, 6 (3 femmes, 3 hommes) auraient une forte probabilité d'une dépendance tabagique.

L'usage d'hétéro-questionnaire nous a exposé à un type de biais qui lui est propre ; le biais de réalisation. Celui-ci devrait être pris en compte dans l'analyse des résultats de cette étude et plus spécifiquement dans ceux en lien avec la question de satisfaction du fait que l'intervenant dans le RPIB soit unique. Le manque d'objectivité des personnes interrogées dans les réponses Satisfaction n'est pas négligeable.

Les résultats de cette étude peuvent paraître figés. En effet le manque d'évaluation du réel impact même minime (moyenne faible des patients ayant un désir de changer leurs consommations) qu'a suscité ce repérage sur cette courte période et dans un seul service représente une faiblesse pour l'étude, son utilité restant appréciable pour la grande majorité des personnes interrogées. Les résultats du test de Satisfaction ne permettent pas de conclure que les patients ayant répondu vouloir changer leur habitude de consommation des différents produits ont pu réellement le mettre en place. Initialement prévu, mais par manque de puissance de l'étude et d'outils quantitatifs sur l'analyse des effectifs de la file active des cinq CSAPA de l'île, à la suite de ce repérage aux urgences, nous n'avons aucun élément pour conclure de la répercussion du repérage dans la démarche de soins. En associant d'autres structures de soins de premiers recours (médecins libéraux, sages-femmes, PMI, infirmeries scolaires) sur des périodes plus longues il serait intéressant de mesurer les effets de ce RPIB.

La faible motivation au changement pour certains, remarquée dans notre étude, peut être expliquée par le fait qu'un unique entretien (de plus de 5 minutes) ; voire le premier dans leur vie de consommation ; ne serait pas suffisant pour enclencher un changement dans leurs pratiques. Cette motivation devrait être réévaluée à distance par d'autres professionnels de santé notamment le médecin traitant. Pour certains, le questionnaire proposé aura beaucoup plus l'effet d'une sensibilisation plutôt qu'une initiation au changement. Cet élément met en avant tout l'intérêt d'un travail collectif pluridisciplinaire autour des conduites à risque des addictions [22 ; 28]

De plus l'étude réalisée ici, ne se limitait qu'à une seule entité des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique (Site Trinité). Proposer ce repérage à d'autres structures de soins de premiers recours, notamment en l'élargissant aux autres services d'urgences (gynécologiques, pédiatriques, psychiatriques), ou certains cabinets libéraux de

médecine générale pourrait prévenir les conséquences des troubles liés aux substances [28]. En effet dans cette étude, on recense un grand nombre de patients consommateurs à risques ou problématiques sans qu'aucun lien avec leur motif de consultation initiale ne soit établi. Même si cela tend à évoluer, l'interrogatoire se limite encore beaucoup au tabac et à l'alcool et ce, sans réelle évaluation des quantités consommées. D'autre part, un nouveau effet de mode dans les consommations « binge drinking » nous obligent à être vigilants sur les modes de consommations et les quantités ingérées au même titre que la fréquence de consommation. Le « binge drinking » consiste en une alcoolisation ponctuelle importante dans un temps très court avec recherche d'ivresse. Dans l'interrogatoire, ce phénomène n'est pas suffisamment recherché, un certain nombre d'individus identifieront peu le degré de risques encourus. On note une augmentation des ivresses chez les jeunes français en métropole (chez les 15-25 ans, de 29.7% en 2005 on compte 39.5 % en 2010 [5 ;6] déclarant avoir connu une ivresse au cours des douze derniers mois). Ce mode de consommation pourrait concerner les Antilles dans les mois et années à venir.

D'autre part, un certain nombre de consommateurs de cannabis ne se reconnaissent pas consommateur de tabac même si celui-ci fait partie intégrante dans la confection de leurs joints. Dans ces cas la question de la dépendance physique nicotinique est aussi importante à évaluer que celle psychologique engendrée par le cannabis seul.

Au terme des résultats de l'étude on peut conclure sur le fait que le WHO-ASSIST semble beaucoup plus efficace pour RPIB cannabis que pour l'alcool et le tabac. En effet sur la totalité des personnes déclarant une consommation de cannabis tous relevaient d'une intervention brève. Une corrélation avec le CAST [19], test référent de 6 items pour le dépistage cannabis sur les douze derniers mois n'a pas été intégré dans notre étude, du fait d'une redondance des items par rapport à ceux du WHO-ASSIST à l'exception des items « avez-vous déjà fumé du

cannabis seul ? » et « avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? ». Le WHO-ASSIST proposant un repérage plus ciblé sur les trois derniers mois.

Les résultats de corrélation entre les différents tests WHO-ASSIST et FACE révèlent tous deux des résultats similaires sur le niveau d'IB à prévoir. Dans la pratique de l'étude, l'IB était basée sur le score de l'ASSIT et pas sur le score FACE pour l'alcool ni au score FAGESTROM pour le tabac. Dans nos résultats on se rend compte que certains patients pouvaient selon le score d'ASSIST ne pas relever d'IB mais pour autant avoir des scores FACE et FAGESTROM élevés révélant une probable dépendance, notre corrélation entre le questionnaire ASSIST et FACE étant de qualité acceptable ; on peut supposer que peu de patients dépendants soient passés au travers du RPIB. On peut donc conclure que le questionnaire peut se limiter pour un repérage alcool à l'unique WHO-ASSIST Alcool. Une explication possible au manque de puissance de corrélation entre FACE et WHO-ASSIST pouvant s'expliquer par la formulation différente des questions. En effet la question 5 du FACE est spécifique à l'état d'amnésie post-consommation, fait concret parlant intégré dans l'intitulé de la question 4 du WHO-ASSIST de façon plus généralisée (« problèmes médicaux, sociaux, financiers, judiciaires »)

Entre WHO-ASSIST et FAGERSTROM, la corrélation est moins forte; mais les résultats montrent malgré tout que WHO-ASSIST semble plus sensible pour le RPIB. Ainsi, on pourrait difficilement affirmer que le WHO-ASSIST serait suffisant pour un RPIB Tabac.

L'étude a aussi permis de mettre en évidence la proportion de poly-consommateurs dans notre population quand on sait les répercussions somatiques que celles-ci peuvent engendrer à tous âges confondus.

Nous avons fait le choix d'exclure d'emblée les mineurs de l'étude pour des raisons d'autorisation parentale nécessaire à l'obtention des réponses aux questionnaires. Cependant, plus un repérage est précoce plus les répercussions médico-sociales sont minimales [30 ;31]. Il pourrait être intéressant de voir dans quelles mesures un tel questionnaire puisse être proposé

aux jeunes avec un protocole de soins qui leur soit propre notamment au cours des Consultations de Jeunes Consommateurs (CJC) ou dans le domaine scolaire. Une adaptation des questionnaires serait donc nécessaire par rapport à l'âge. Il a été prouvé que le HONC serait plus propice à un repérage tabac que le FAGERSTROM [22]. Autre particularité chez les jeunes consommateurs, au-delà d'une poly consommation fréquente, le caractère psychologique de l'adolescence est à prendre en compte. L'évaluation du comportement doit s'ajouter à l'évaluation de la notion de «risque », pour ne pas passer à côté des troubles psychiques et comportementaux graves qui peuvent émerger à cet âge de la vie. Au Québec, une grille de dépistage porte sur l'ensemble des substances psychoactives (DEP-ADAO) chez les adolescents [32]. Cette grille tente de caractériser 3 niveaux de risques qui justifient 3 attitudes : « feu vert » : pas d'intervention ; « feu jaune » : intervention brève de conseil par les intervenants de premier recours ; « feu rouge » : intervention de soins faisant appel aux ressources d'aide spécialisée.

En miroir, chez les personnes âgées (au-delà de 65 ans), la prise en charge des addictions reste très souvent inexistante car la problématique addictive paraissant taboue n'est que très peu explorée [33]; il semblerait que des perspectives de soins pourraient être envisagées tout en adaptant les modes de RPIB à l'âge.

Afin d'avoir un impact efficace et durable sur les chiffres qui ne cessent de croître entre usagers « réguliers » et usagers à « consommation à risques » voire « dépendants », rassembler tous les professionnels de santé autour du RPIB dans le domaine des addictions paraît indispensable pour une meilleure prise en charge globale sanitaire à moindre coût. Au même titre qu'une maladie chronique évolutive, la prise en charge de l'addiction doit passer par l'instauration d'un processus de soins efficaces, aussi bien ambulatoires qu'hospitaliers plus particulièrement dans les situations d'intervention d'urgence. L'objectif commun devant être de susciter chez tout consommateur une dynamique du changement de comportement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport Mondial sur les drogues, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Rapport analytique 2016
2. Addictions .Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2015
<http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
3. Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. European Journal of Public Health. 2013 ;23 :588-93
4. Alcool, tabac et drogues illicites : Géographie des pratiques addictives en France – Analyses régionales du Baromètre Santé INPES 2010- Grandes tendances dans les DOM. Novembre 2013
Drogues et Conduites Addictives. INPES Editions
5. Addictions. INSEE- Santé – Addictions, 2013
6. Berk F., Richard J-B. Les addictions dans les DOM : état des lieux des consommations. Note à la MILDT. INPES.2011 :1-34
7. Beck F., Richard J-B., Gauduchon T., Spilka S. Les usages de drogues dans les DOM en 2014 chez les adolescents et adultes. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Tendances.2016 ;(111) :1-6
8. Sureau C., Charpentier S., Philippe JM. et al. Actualisation 2006 de la seconde Conférence de Consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences ». Commission de veille scientifique. Société Française de Médecine d'Urgence. 2016 ;1-24
9. Paille F., Reynaud M. L'alcool, une des toute premières causes d'hospitalisation en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2005; (24-25):1-10
10. Le Borgne C., Castera P. Informer le patient avant qu'il soit malade. Le concours médical. 2004,126 :2214-5
11. Simioni N., Rolland B., Cottencin O. Intervention for increasing Alcohol Treatment Utilization Among Patients with Alcohol Disorders from Emergency Departments : A Systematic Review, Journal of Substance Abuse Treatment. 2015; (58):6-15
12. Benyamina A., Bouchez J., Rahioui H., Reynaud M. Urgences psychiatriques en addictologie, La Revue du Praticien.2003 ;53(11) :1201-8

13. Michaud P., Fouilland P., Grémy I., Klein P. Alcool, tabac, drogue, le public fait confiance aux médecins. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2004 ;17 :605-8
14. Huas D., Pessione F., Bouix JC., Demaux JL., Allemand H., Rueff B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs à problèmes. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2002;16:1343-8.
15. Huas D., Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer*. 2010 ; 90 :20-3
16. Michaud P., Dewost A-V., Fouilland P. Boire, moins c'est mieux. *Presse Médicale*. 2006 ; 35 :831-9
17. Michaud P. Les buveurs excessifs : Repérage et Intervention brève. *La Revue du Praticien*. 2006 ;56(10) :1072-80
18. D'onofrio G. Degutis L-C. Preventive and care in the emergency department : screenig and brief intervention for alcohol problems in the emergency department. A systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 2002;9(6):627-38.
19. Spilka S. Janseen E., Legleye S. Detection des usages problématiques de cannabis: le Cannabis Abuse Screaming Test (CAST). *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*. 2003 ; 2 :1-9
20. Babor T., Groupe Working ASSIST The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Society for the Study of Addiction*. 2002
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
21. Arfoui S., Dewost A-V, Demortière G., Abesdris J., Abramovici F., Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2004 ; 18 :201-5
22. Les limites du test de Fagerström, Réseau Prévention Tabac de Côte d'Or. 2013
<http://rpt21.fr/les-limites-du-test-de-fagerstrom/>
23. Lejoyeux M. Principes de la prise en charge des addictions. *La revue du Praticien*. 2003;53(12):1297-342
24. <http://www.formathon.fr/Formathon/104/sevrage-tabagique>
25. Poncet F., Feral A. Le patient alcoolisé : un " clinet " si present et si oublié des urgences. *Courrier Addict*. 2002 : 137-41
26. Saunders J-B., Aaslans O., Babor T-F., De la Fuente J-R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : Who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 1993;88:791-804

27. Gache P., Michaud P., Landry U., *et al.* The alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary health care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 2005; 29:2001-7
28. Dewost A-V., Dor B., Orban T., Rieder A., Gache P., Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool des ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). *Revue du praticien Médecine générale*. 2006 ;20 :321-6
29. Michaud P., Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premiers recours. *Revue Médicale Suisse*. 2003 ; 1 (2451) :2322-3
30. INSERM expertise collective. Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Les éditions INSERM Paris. 2003;301-16
31. Babor T., Caetano S., Caswell S. *et al.* Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy. Oxford University press. 2003
32. Landry M., Tremblay J, Guyon L., Bergeron J., Brunelle N. La frille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-APO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues Santé Société* 2004 ;3 :20-37
33. Fernandez L. Les addictions du sujet âgé. Editions In Press. Paris. 2009

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Description de l'échantillon des patients aux Urgences.	13
Figure 2 : Répartition des motifs médicaux	14

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Résultats globaux du TEST WHO- ASSIST	14
Tableau II : Répartition des consommations SPA à partir des résultats du WHO-ASSIST.....	17
Tableau III : Fréquence de l'association SPA Alcool/Tabac	18
Tableau IV : Fréquence de l'association SPA Tabac/Cannabis	19
Tableau V : Fréquence de l'association SPA Tabac / Cannabis / Alcool	19
Tableau VI : Résultats FACE.....	20
Tableau VII : Résultats combinés WHO-ASSIST- FACE.....	21
Tableau VIII : Résultats Fagerström.....	21
Tableau IX : Résultats combinés WHO-ASSIST-FAGERSTRÖM	21

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	8
1. SCHEMA ET OUTILS DE RECHERCHE.....	8
2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	11
3. CONSIDERATIONS ETHIQUES	11
RÉSULTATS.....	12
1. DESCRIPTIF DE LA POPULATION DE L'ETUDE	12
1.1. Population	12
1.2. Motif de consultation	13
2. RESULTATS DES TESTS DE L'ETUDE	13
2.1. Résultats WHO-ASSIST	13
2.2. Résultats FACE	20
2.2.1. Test FACE (Annexe 6)	20
2.2.2. Résultats combinés WHO-ASSIST/FACE	21
2.3. Résultats FAGERSTROM	21
2.3.1. Test FAGERSTROM Version abrégée (Annexe 7)	21
2.3.2. Résultats combinés WHO-ASSIST / FAGERSTRÖM	21
2.4. Résultats SATISFACTION	22
2.4.1. Question 1 Satisfaction	22
2.4.2. Question 2 Satisfaction : « Utilité du questionnaire »	23
2.4.3. Question 3 Satisfaction : « Motivation au changement »	23
2.4.4. Regroupement des résultats Satisfaction	24
2.5. Résultats Intervention brève	24
2.5.1. IB Alcool	24
2.5.2. IB Tabac	25
2.5.3. IB Cannabis	25
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE	38
LISTE DES FIGURES.....	41
LISTE DES TABLEAUX	42
TABLE DES MATIERES.....	43
ANNEXES	1
ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU DSM V	1
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ETUDE	2
ANNEXE 3 :	
FLYER CSAPA, REMIS A CHAQUE PATIENT INCLUS DANS L'ETUDE	4
ANNEXE 4 : TEST FACE ET INTERPRETATION DU SCORE.....	5
ANNEXE 5 : TEST WHO-ASSIST.....	6
ANNEXE 6 : TEST DE FAGERSTROM ET INTERPRETATION DU SCORE	11

ANNEXES

ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU DSM V

Troubles liés à l'usage de substances	
A. Mode de consommation conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance clinique significative, caractérisé par la présence d'au moins 2 manifestations suivantes au cours d'une période continue de 12 mois	
<ol style="list-style-type: none">1. Consommation importante ou sur période plus longue que prévue2. Désir ou efforts persistants pour diminuer ou contrôler l'usage3. Beaucoup de temps consacré à obtenir/consommer/récupérer des effets4. « Craving », désir impérieux de consommer5. Utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, où à la maison6. Utilisation poursuivie malgré problèmes interpersonnels ou sociaux continuels ou récurrents7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées8. Utilisation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux9. Utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance10. Tolérance, défini par l'un des deux critères suivants :<ol style="list-style-type: none">a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiréb. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :<ol style="list-style-type: none">a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcoolb. L'alcool (ou une substance très proche comme les benzodiazépines) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage	
Echelles de sévérité : - Trouble faible si présence de 2-3 critères - Modéré : présence de 4-5 critères - Sévère : présence de 6 ou plus des critères	
Rémission récente d'un trouble est définie comme consistant en au moins 3 mois (mais moins que 12) sans que des critères du trouble soient applicables (sauf celui de l'envie de consommer) Rémission durable consiste en au moins 12 mois sans critères applicables (sauf celui de l'envie de consommer)	

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ETUDE

REPERAGE PRECOCE ET INTERVENTION BREVE (RPIB) - URGENCES TRINITE –

ETUDE MAI 2016

Date :

Motif :

WHO ASSIST

Q1 : Avez-vous déjà consommé au cours de votre vie :

..... et au cours des 3 derniers mois :

Produits du tabac (<i>cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.</i>)	
Boissons alcoolisées (<i>bière, vin, spiritueux, etc.</i>)	
Cannabis (<i>marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.</i>)	
Cocaïne (<i>coke, crack, etc.</i>)	
Autres ? <i>Injectables, médicaments, aliments, produits industriels</i>	

Q2 : Au cours des 3 derniers mois avez-vous consommé :

Q3 : ...et ressenti un fort désir de consommer :

	Jamais		Une ou deux fois		Chaque mois		Chaque semaine		Chaque jour ou presque	
Tabac	0	0	2	3	3	4	4	5	6	6
Alcool	0	0	2	3	3	4	4	5	6	6
Cannabis	0	0	2	3	3	4	4	5	6	6
Cocaïne	0	0	2	3	3	4	4	5	6	6
Autres	0	0	2	3	3	4	4	5	6	6

Q4 : combien de fois votre consommation vous a-t-elle causé des problèmes de santé, sociaux, judiciaires juridiques ou financiers ?

Q5 : Combien de fois vous n'avez pas pu accomplir ce qu'on attendait normalement de vous à cause de votre consommation ?

	Jamais		Une ou deux fois		Chaque mois		Chaque semaine		Chaque jour ou presque	
Tabac	0	0	4	5	5	6	6	7	7	8
Alcool	0	0	4	5	5	6	6	7	7	8
Cannabis	0	0	4	5	5	6	6	7	7	8
Cocaïne	0	0	4	5	5	6	6	7	7	8
Autres	0	0	4	5	5	6	6	7	7	8

Q6 : Un ami ou un proche vous a-t-il déjà exprimé des inquiétudes au sujet de votre consommation ?

Q7 : Avez-vous déjà essayé sans succès de réduire votre consommation ?

	Non jamais		Oui, au cours des 3 derniers mois		Oui, mais pas au cours de 3 derniers mois	
Tabac	0	0	6	6	3	3
Alcool	0	0	6	6	3	3
Cannabis	0	0	6	6	3	3
Cocaïne	0	0	6	6	3	3
Autres	0	0	6	6	3	3

Score

Tabac :

Alcool :

Cannabis :

Cocaïne :

FACE :

	Jamais	1 fois/mois Au moins	2 à 4 fois par mois	2 à 4 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus
Q1 : A quelle fréquence consommer vous des boissons contenant de l'alcool ?	0	1	2	3	4
	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
Q2 : Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?	0	1	2	3	4
		Non		Oui	
Q3 : votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques concernant votre consommation ?		0		4	
Q4 : Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?		0		4	
Q5 : Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?		0		4	

Score :

FAGERSTROM version abrégée

	Dans les 5 minutes	De 6 à 30 min	De 31 à 60 min	Plus de 60 min
Q1 : Combien de tps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	3	2	1	0
	10 ou moins	De 11 à 20	De 21 à 30	31 ou plus
Q2 : combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	0	1	2	3

Score :

Questionnaire de SATISFACTION :

Avez-vous été satisfait de l'entretien vis-à-vis des questions posées dans le cadre du RPIB ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Selon vous ces questions ont-ils une utilité dans un service d'urgences ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cet entretien a-t-il suscité chez vous un désir de changement dans vos habitudes de consommer (alcool, tabac, cannabis...)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANNEXE 3 :

FLYER CSAPA, REMIS A CHAQUE PATIENT INCLUS DANS L'ETUDE

Nos Centres de Soins d'accompagnement et de Prévention en Addictologie

(C.S.A.P.A) en MARTINIQUE

C.S.A.P.A du C.H.U.M

☐ **Site de Clarac** Hopital Clarac –

☐ Bd Pasteur 97200 FORT DE FRANCE

Tél : 0596 59 25 98 ou 0596 59 25 72

Fax : 0596 5925 93

Site de Trinité

☐ Rue Jean Eugène Fatier 97220 -TRINITE

Tél. : 0596 66 46 00

Fax : 0596 66 46 06

C.S.A.P.A - ADSM/Croix Rouge

☐ 225 Route de Basse Gondeau 97232 LE LAMENTIN

Tél. : 05 96 60 23 52 Port. 0696 07 03 40

Fax : 0596 70 31 46

CSAPA de Fort de France

☐ 45, rue Galliéni 97200 FORT DE FRANCE

Tél. : 0596 73 25 58 ou 0596 73 75 75

Fax : 0596 71 50 15

cmpa-martinique@wanadoo.fr

ANNEXE 4 : TEST FACE ET INTERPRETATION DU SCORE

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

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

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

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

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

Interprétation :

Date : ____ / ____ / ____

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

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

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

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

Photocopier autant que nécessaire.

ANNEXE 5 : TEST WHO-ASSIST

TEST DE DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC ET DE SUBSTANCES (ASSIST v3.1)

NOM DU CLINICIEN	<input type="text"/>	CLINIQUE	<input type="text"/>
ID OU NOM DU CLINICIEN	<input type="text"/>	DATE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

INTRODUCTION (À lire au client. Peut être adapté aux circonstances locales)*

Les questions suivantes portent sur votre expérience en termes de consommation d'alcool, de produits du tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et au cours des trois derniers mois. Il peut s'agir de substances fumées, avalées, reniflées, inhalées ou injectées (montrer la carte-réponse).

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (amphétamines, calmants, analgésiques). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments prescrits par votre médecin. Toutefois, si vous avez pris de tels médicaments autrement que sur ordonnance, ou si vous les avez pris plus fréquemment, à plus haute dose que prescrit ou de façons autres que celles envisagées, veuillez me l'indiquer.

Bien que nous aimerions également savoir si vous consommez diverses drogues illicites, soyez assuré(e) que ces informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité.

NOTE : AVANT DE POSER LES QUESTIONS SUIVANTES, DONNER LA CARTE-REPONSE ASSIST AU CLIENT

Question 1 (veuillez cocher la réponse pour chaque catégorie de substance)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT)	Non	Oui
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Calmants ou somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, Buprénorphine, codéine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Autre - spécifiez:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Approfondissez si toutes les questions sont négatives:
"Même lorsque vous étiez à l'école?"

Si "Non" à tous les items, arrêter l'entretien.

Si "Oui" à un ou plusieurs de ces items, poser la Question 2 pour chaque substance déjà consommée.

Question 2

Au cours des <u>trois derniers mois</u> , combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opioides (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autre - spécifiez:	0	2	3	4	6

Si "Jamais" à tous les items de la Question 2, passer à la Question 6.

Si une ou plusieurs des substances de la Question 2 ont été consommées au cours des trois derniers mois, passer aux Questions 3, 4 & 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des <u>trois derniers mois</u> , combien de fois avez-vous ressenti un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opioides (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autre - spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

Au cours des trois derniers mois, combien de fois votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>) vous a-t-elle causé des problèmes de santé, sociaux, juridiques ou financiers?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sédatifs ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autre - spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

Au cours des trois derniers mois, combien de fois n'avez-vous pu accomplir ce qu'on attendait normalement de vous à cause de votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac					
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sédatifs ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autre - spécifiez:	0	5	6	7	8

Poser les Questions 6 & 7 pour toutes les substances déjà consommées (autrement dit, celles indiquées à la Question 1)

Question 6

Un ami ou un parent ou quelqu'un d'autre a-t-il déjà exprimé des inquiétudes au sujet de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.)?	Non jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	6	3
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opioides (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	6	3
j. Autre – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous <u>déjà</u> essayé, sans succès, de réduire votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.)?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	6	3
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opioides (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	6	3
j. Autre – spécifiez:	0	6	3

Question 8 (veuillez marquer la réponse)

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
Avez-vous <u>déjà</u> pris de la drogue en injection? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVIS IMPORTANT:

Demander aux clients qui se sont injecté des drogues au cours des 3 derniers mois d'indiquer quelle a été la fréquence d'injection pendant cette période, afin de déterminer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION

RECOMMANDATIONS EN MATIERE

D'INTERVENTION

4 jours par mois, en moyenne, au cours des 3 derniers mois ou moins

Intervention brève y compris la carte "Risques liés à l'injection"

Plus de 4 jours par mois, en moyenne, au cours des 3 derniers mois

Evaluation approfondie et traitement plus intensif *

COMMENT CALCULER UN SCORE POUR UNE SUBSTANCE SPECIFIQUE.

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionner les scores obtenus pour les questions 2 à 7 incluse. Ne pas inclure les résultats de Q1 ou de Q8 dans ce score. Un score pour le cannabis, par exemple, serait calculé ainsi: $Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c$

Noter que la Q5 pour le tabac n'est pas codée, et est calculée ainsi: $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE » DU PATIENT

	Score de substance spécifique relevé	Aucune intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif *
a. tabac		0 - 3	4 - 26	27+
b. alcool		0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaïne		0 - 3	4 - 26	27+
e. amphétamine		0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalants		0 - 3	4 - 26	27+
g. calmants		0 - 3	4 - 26	27+
h. hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	27+
i. opioïdes		0 - 3	4 - 26	27+
j. autres drogues		0 - 3	4 - 26	27+

Utiliser maintenant la CARTE DE FEEDBACK ASSIST pour fournir une intervention brève au client.

Test de Fagerström [Simplifié]

> Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

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

> Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (cinémas, bibliothèques...)

Oui	1
Non	0

> A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

A la première de la journée	1
A une autre	0

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

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

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

Oui	1
Non	0

> Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

• Interprétation :

- Entre 0 et 2 [0-2] : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 [3-4] : dépendance faible
- Entre 5 et 6 [3-4] : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 [5-6] : dépendance forte ou très forte

Repérage des conduites addictives aux urgences de Trinité du CHU de la Martinique
Etude prospective sur trois mois

RÉSUMÉ

Introduction : Les addictions aux substances psycho-actives (SPA) représentent un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale et dans les départements d'Outre-Mer(DOM). Afin de prévenir l'évolution vers la dépendance, l'attention des professionnels de santé devraient davantage se porter sur la question de ces usages parfois problématiques. Les services des Urgences constituent la première partie d'un processus continu de soins. Ils semblent propices à un repérage des conduites addictives et à une intervention brève(IB).

Matériels et Méthodes : Etude descriptive quantitative mono centrique incluant des patients au sein du service des Urgences de Trinité, Centre Louis Domergue, CHU de la Martinique sur une durée de 3 mois de Mai 2016 à Juillet 2016. Repérage de consommations SPA à partir d'hétéro-questionnaire établi sur 3 tests : WHO-ASSIST, FACE et FAGERSTROM version abrégée, et 3 questions de Satisfaction. Une IB, ciblée et adaptée à chaque SPA a été réalisée en fonction des scores obtenus aux tests.

Résultats : 97 patients inclus dans l'étude. 40 femmes, 57 hommes, d'âge moyen respectivement de 47 ans et 53.8 ans. Les SPA repérées sont tabac, cannabis, alcool, cocaïne. 87,6 % des patients de l'étude disent avoir été en contact avec l'alcool au cours des 3 derniers mois et antérieurement, dont 38.2% à une fréquence hebdomadaire. 74.2% des fumeurs de tabac ont une consommation journalière. 75% des consommateurs de cannabis le fument tous les jours. Deux consommateurs réguliers non quotidiens de cocaïne ont été repérés dans l'étude. 25,7% des patients ont dans leur quotidien au moins deux SPA (majoritairement Tabac et Alcool). Six patients sont consommateurs de trois SPA au cours des trois derniers mois. Les IB ont été réalisés à 22 patients pour l'alcool, à 22 pour le tabac et à 8 pour le cannabis.

Conclusion : Afin de limiter le passage vers la dépendance, la prise en charge de l'addiction doit passer par l'instauration d'un processus de soins efficaces, aussi bien ambulatoires qu'hospitaliers notamment dans les situations d'urgence. L'objectif commun devant être de susciter chez tout consommateur une dynamique du changement de comportement dans leurs consommations.

Mots-clés : RPIB, Repérage précoce, Intervention brève, Urgences, Martinique, Substances psycho-actives, Addictologie, Tabac, Alcool, Cannabis, Cocaïne, Conduites addictives, WHO-ASSIST, FACE, FAGERSTROM

Identification of addictive behaviors in Trinity Emergencies of the University Hospital
of Martinique - Three-month prospective study

ABSTRACT

Introduction : Addictions to psychoactive substances represent a major public health problem on a global scale and in the French Overseas Departments. In order to prevent the evolution towards dependence, the attention of health professionals should focus more on the question of these sometimes problematic uses. Emergency services are the first part of a continuous process of care. They seem conducive to identifying addictive behaviors and to a brief intervention.

Materials and Methods : Mono-centric quantitative descriptive study including patients in the Trinité Emergency Department, Center Louis Domergue, University Hospital of Martinique for a period of 3 months from May 2016 to July 2016. Early detection of psychoactive substances consumption from hetero-questionnaires based on 3 tests: WHO-ASSIST, FACE and FAGERSTROM abridged version, and 3 questions of Satisfaction. A brief intervention adapted to each psychoactive substance was carried out according to the scores obtained in the tests.

Results : 97 patients included in the study. 40 women, 57 men, average age 47 and 53.8 years respectively. The psycho-active products identified are tobacco, cannabis, alcohol, cocaine. 87.6% of patients in the study report having been in contact with alcohol in the last 3 months and previously, including 38.2% weekly. 74.2% of tobacco smokers have daily consumption. 75% of cannabis users smoke it every day. Two regular non-daily cocaine users were identified in the study. 25.7% of patients have in their daily lives at least two substances (mainly Tobacco and Alcohol). Six patients are users of three psychoactive substances in the last three months. Brief Interventions were conducted for 22 patients for alcohol, 22 for tobacco and 8 for cannabis.

Conclusion : In order to limit the transition to addiction, the management of addiction must go through the establishment of an efficient care process, both ambulatory and hospital, especially in emergency situations. The common goal must be to create in any consumer a dynamic behavioral change in their consumption.