

Rapport

Les microstructures médicales Évolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI

Guy HÉDELIN

Février 2004

Table des matières

Table des matières	1
Liste des tableaux	3
Table des figures	5
Synthèse	7
1 Introduction	9
2 Méthodologie statistique	11
2.1 Critères de l'évaluation	11
2.2 Plan d'expérience	11
2.3 Questionnaire ASI	12
2.4 Méthodes statistiques	12
3 Échantillon	15
4 Généralités et suivis	19
4.1 Données démographiques	19
4.2 Suivis psychologique et social	19
5 Drogues et alcool	25
5.1 Champ drogues/alcool de l'ASI	25
5.2 Situation à l'entrée	26
5.3 Évolution à 24 mois	27
5.4 Substitution par la méthadone	28
5.5 Comportements à risque	28
6 Relations familiales et sociales	31
6.1 Champ relations familiales et sociales de l'ASI	31
6.2 Situation à l'entrée	32
6.3 Évolution à 24 mois	33
7 État médical	35
7.1 Champ médical de l'ASI	35
7.2 Situation à l'entrée	35
7.3 Évolution à 24 mois	36

8	État psychiatrique	39
8.1	Champ psychiatrique de l'ASI	39
8.2	Situation à l'entrée	40
8.3	Évolution à 24 mois	40
9	Emploi/ressources	43
9.1	Champ emploi/ressources de l'ASI	43
9.2	Situation à l'entrée	44
9.3	Évolution à 24 mois	45
10	Situation légale	47
10.1	Champ légal de l'ASI	47
10.2	Situation à l'entrée	47
11	Conclusion	51
A	Addiction severity index (ASI)	53
	Bibliographie	63
	Index	65

Liste des tableaux

3.1	Effectifs par microstructure (en italique les microstructures exclues de l'analyse)	16
3.2	Nombre de sujets exploitables dans l'étude pilote	16
3.3	Taux de rétention pour un suivi moyen de 2,5 ans	17
4.1	Régularité (en %) des suivis psychologique et social suivant le type de prise en charge	20
4.2	Régularité (en %) des suivis psychologique et social en microstructure	22
4.3	Analyse des suivis psychologique et social	22
4.4	Effectifs des suivis psychologique et social en fonction du bras	23
4.5	Effectifs des suivis psychologique et social en microstructure	23
5.1	Consommation dans les 30 derniers jours à l'entrée par type de suivi	27
5.2	Évolution de la consommation sur les 30 derniers jours par type de suivi	28
5.3	Analyse de l'évolution du score drogue	29
5.4	Analyse de l'évolution du score alcool	29
5.5	Évolution du traitement par méthadone selon le suivi	29
5.6	Passage en traitement par méthadone selon le suivi	30
5.7	Évolution des comportements à risque (seringue) selon le suivi	30
6.1	Score relations sociales à l'entrée par type de suivi	33
6.2	Évolution du score relations sociales par type de suivi	33
6.3	Analyse de l'évolution du score relations sociales	33
7.1	Évolution du score médical par type de suivi	36
7.2	Analyse de l'évolution du score médical	37
8.1	Évolution des problèmes psychiatriques par type de suivi	41
8.2	Analyse de l'évolution du score psychiatrique	41
9.1	Évolution des ressources par type de suivi	45
9.2	Analyse de l'évolution du score emploi	45
10.1	Évolution du score légal par type de suivi	49
10.2	Analyse de l'évolution du score légal	49

Table des figures

3.1	Localisation des microstructures de l'analyse (cercles pleins)	18
4.1	Distribution des patients par sexe	19
4.2	Structure d'âge des patients	20
4.3	Suivis psychologique et social en fonction du bras (en %)	21
6.1	Situation familiale	32
6.2	Conditions de vie habituelles	32
7.1	Problème médical chronique principal	36
8.1	Problèmes psychiatriques sur les 30 derniers jours à l'entrée	40
9.1	Niveau d'étude	44
9.2	Profession ou compétence	44
10.1	Passé des inculpations à l'entrée	48

Synthèse

Dans ce chapitre seront donnés les principaux résultats de l'étude. Les détails se trouvent dans les chapitres suivants.

Les microstructures sont des structures souples, associant un médecin, un travailleur social et un psychologue, au cabinet du médecin. L'unité de lieu est une caractéristique essentielle des microstructures qui permet, d'une part au patient d'étendre l'atmosphère de confiance qu'il a avec le médecin aux autres intervenants, et d'autre part aux intervenants de se côtoyer et d'échanger de façon informelle. Au cœur du concept de microstructure se trouvent les synthèses, moments privilégiés où les trois intervenants se réunissent et discutent des patients et de leurs prises en charge. À ces trois intervenants de base peuvent s'ajouter, ponctuellement ou régulièrement, le pharmacien ou tout autre personne impliquée dans le suivi d'un patient.

Ce concept est né à la fin des années 90 pour s'adapter aux évolutions des conduites addictives et aux difficultés éprouvées par les médecins de ville pour prendre en charge les patients usagers de drogues.

Le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes, Espace indépendance, a été le promoteur du concept et le promoteur de l'étude présentée dans ce rapport. Cette étude a reçu l'autorisation du CCPPRB (Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale) et de la CNIL (Commission nationale informatique et liberté). Elle a été soutenue par la MILDT (Mission interministérielle pour la lutte contre les drogues et la toxicomanie), l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie), la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), la ville de Strasbourg et le conseil général du Bas-Rhin.

L'étude avait pour but de répondre à la question suivante: **Les microstructures apportent-elles un plus par rapport aux suivis conventionnels proposés par les médecins de ville?**

L'étude se fondait sur le questionnaire ASI (*Addiction severity index*) en version française. Ce questionnaire a été validé dans les pays anglo-saxons et en France. Les critères de jugement se basaient sur les sept scores composites: drogues (critère principal), alcool, relations sociales, emploi, légal, médical et psychiatrique.

Les microstructures font aussi bien que les suivis conventionnels dans les domaines suivants: consommation d'alcool, état médical, situation légale.

Les microstructures donnent des résultats supérieurs à ceux obtenus avec une offre conventionnelle dans les domaines suivants: consommation de drogues, relations sociales, état psychiatrique, emploi.

Les microstructures représentent une alternative intéressante au centres spécialisés dans le traitement par méthadone et ce, dès l'initialisation.

La synergie entre le travail social et le suivi psychologique est un élément clé

de la réussite des microstructures. L'étude, dans sa conception et intentionnellement, ne permettait pas de juger de l'apport du médecin puisque les patients ont été randomisés entre le suivi conventionnel et la microstructure au sein de chaque cabinet. Néanmoins une microstructure repose sur la participation active du médecin, à la fois par l'adoption du concept, mais aussi par sa mise en application. Cette mise en application implique la participation aux synthèses, l'acceptation du partage des compétences et la création, quand cela n'existe pas déjà, d'un espace permettant aux autres intervenants de recevoir les patients dans des conditions décentes.

Chapitre 1

Introduction

Fin des années 90, l'évolution des pratiques addictives demandait un changement des pratiques médicales. Devant les difficultés rencontrées par les médecins de ville, les acquis des traitements par la méthadone en centre de soin spécialisé, et en particulier les suivis pluridisciplinaires, ont semblé au promoteur de l'étude, Espace indépendance, être une alternative intéressante.

La présence, au cabinet du médecin, d'un travailleur social et d'un psychologue permet au médecin de recentrer sa pratique sur la médecine. Elle assure au patient une garantie de qualité de la prise en charge en lui donnant une place d'acteur dans l'attention et l'écoute qui lui sont réservées.

La confidentialité, la banalisation du lieu et l'atmosphère de confiance, aident au premier contact avec le psychologue et facilitent les suivis réguliers.

Ce dispositif, les *microstructures*, ainsi que ses effets bénéfiques potentiels, se devaient d'être évalués. Pour cela, une étude rigoureuse, montée en collaboration avec le Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique de la faculté de médecine de l'université Louis Pasteur, a été mise en place en 1999. Elle s'est déroulée de janvier 2000 à juillet 2003. Vingt-cinq microstructures ont été mises en place en Alsace, d'abord dans le Bas-Rhin, et un an après dans le Haut-Rhin.

Dans chaque cabinet médical, les patients étaient randomisés entre un suivi conventionnel et le suivi en microstructure. Les patients en suivi conventionnel avaient la prise en charge que les médecins pratiquaient habituellement avec des suivis psychologique et/ou social dans des structures externes. Les patients du groupe microstructure avaient la possibilité d'avoir un suivi psychologique et/ou social en microstructure. Il n'y avait aucune obligation pour le groupe microstructure d'adhérer au suivi en microstructure. Ces patients pouvaient avoir leurs suivis à l'extérieur ou bien même aucun suivi.

Le cœur de la microstructure est la pratique des synthèses. Moments privilégiés où les trois acteurs principaux de la microstructure se rencontrent pour discuter des patients suivis, dans le groupe microstructure, par au moins l'un d'entre eux. Ponctuellement ou régulièrement pouvait s'ajouter le pharmacien ou d'autres professionnels participant au traitement du patient (médecins hospitaliers, professionnels du système psychiatrique).

L'étude visait à montrer l'apport des suivis psychiatriques et/ou sociaux en microstructure par rapport aux suivis conventionnels, en éliminant l'influence du médecin. Pour cela les deux suivis ont coexisté au sein des cabinets médicaux.

La participation des médecins aux microstructures a évidemment influencé la prise en charge de l'ensemble de ces patients. L'étude s'est donc placée dans le cadre le plus défavo-

nable pour observer des différences entre les suivis.

L'étude a été soutenue par la MILDT (Mission interministérielle pour la lutte contre les drogues et la toxicomanie), l'URCAM (l'Union régionale des caisses d'assurance maladie) au travers du FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins en ville), la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation, le conseil général du Bas-Rhin et la ville de Strasbourg).

Chapitre 2

Méthodologie statistique et aide à l'interprétation des tableaux

2.1 Critères de l'évaluation

L'évaluation porte sur l'efficacité relative d'un suivi en microstructure par rapport au suivi conventionnel en médecine de ville. L'outil de base servant à répondre à la question est le questionnaire ASI (*Addiction severity index*) [6], validé en français [4]. Les critères de jugements se fondent sur l'évolution des scores composites de l'ASI entre le début (T0) et la fin de l'expérience (T24). Chaque score fait l'objet d'un test d'hypothèse où la question se pose dans les termes suivants :

Hypothèse nulle : le score évolue, en microstructure, de la même façon ou de façon plus défavorable que dans le suivi conventionnel

Hypothèse alternative : le score évolue plus favorablement en microstructure que dans le suivi conventionnel

Il s'agit de voir ce qu'apportent de plus les microstructures par rapport à un suivi conventionnel.

Les tests sur les scores sont unilatéraux. En cas d'acceptation de l'hypothèse nulle, il est regardé s'il n'y a pas d'effet délétère de la microstructure.

Le critère principal est le score « drogues », les autres scores de l'ASI : « alcool », « relations sociales », « emploi », « légal », « médical » et « psychiatrique », sont des critères annexes.

2.2 Plan d'expérience

Chaque cabinet médical participant à l'expérience a des patients en suivi conventionnel et des patients en suivi en microstructure. Les patients sont randomisés entre les deux types de suivi. La randomisation est équilibrée tout les 6 patients.

L'expérience a reçu l'accord du CCPPRB (Comité consultatif pour la protection des personnes dans la recherche médicale) du Bas-Rhin ainsi que de la CNIL (Commission nationale informatique et liberté). Les patients ont signé un consentement éclairé comme le stipule la loi Huriet.

Les patients ont répondu au questionnaire ASI à l'entrée (T0), à 12 mois (T12) et à 24 mois (T24). Pour l'évaluation présente, les questionnaires à T0 et T24 sont utilisés.

Chaque patient avait un numéro d'anonymat unique, fabriqué à partir du nom, des prénoms et du numéro INSEE. Un algorithme (algorithme aléatoire ELF) transformait ces données en un nombre unique mais irréversible (connaissant le numéro il est impossible de revenir aux informations personnelles). L'encodage se faisait au cabinet du médecin (à l'aide d'un logiciel *ad hoc*) et c'était ce dernier qui gérait la liaison entre le patient et le numéro d'encodage.

Les cabinets médicaux éligibles devaient avoir au moins 16 patients susceptibles de participer à l'étude de façon à en avoir un minimum de 10 analysables à la fin de l'étude (taux de rétention de 60 %). Cette condition a bien été imposée à l'entrée, mais un certain nombre de médecins ont mal estimé leur potentiel de patient. Le nombre de patients réellement inclus ou encore analysables à T24, dans ces cabinets est parfois très faible.

Les comparaisons sont faites en éliminant l'effet du médecin, en stratifiant sur le cabinet médical. L'étude n'est pas en aveugle, car il est bien évidemment impossible de faire un *placebo* des microstructures, ou encore de cacher au médecin le suivi en microstructure puisque le médecin est un des acteurs de la microstructure (réunion de synthèse). D'autre part, l'attitude du médecin va évoluer au fur et mesure dans l'expérience. Cette évolution ne va pas se limiter à la prise en charge des patients du bras microstructure, mais touchera aussi le suivi des patients du bras conventionnel. Les comparaisons se feront donc dans le cas le plus défavorable possible pour les microstructures car cette évolution des médecins va minimiser les différences. Si une différence est statistiquement significative, elle n'en aura que plus d'impact.

Pour un risque de première espèce de 5 % et une puissance de 80 % d'observer une baisse de 30 % du score drogues, il faut 125 patients par bras. En considérant un taux de rétention de 60 %, il faut en tout 400 patients pour en avoir 250 d'analysables à 24 mois.

2.3 Questionnaire ASI

C'est un questionnaire nord-américain, développé à l'Université de Pennsylvanie [6] puis traduit en français et validé à l'Université de Bordeaux II [4]. Ce questionnaire peut servir à l'évaluation de la sévérité de l'addiction ainsi qu'au suivi de celle-ci au cours du temps. Les cotations se font à l'aide de scores composites allant de 0 à 1, une valeur proche de 1 représentant un très mauvais état et 0 un très bon état. Le questionnaire permet d'interroger 7 champs : médical, emploi, alcool, drogues, légal, relations sociales, psychiatrique. Les scores composites de ces champs ne sont pas linéaires entre 0 et 1 et font intervenir, pour certains, des sommes en dollars avec des poids calculés pour une économie nord-américaine. L'alcool ne coûtant pas la même chose en France et aux USA, il est difficile de comparer ces scores avec les valeurs retrouvées dans la littérature.

2.4 Méthodes statistiques

Les scores composites sont analysés à l'aide d'une régression linéaire multiple stratifiée sur le cabinet médical [5]. La variable expliquée est la différence entre le score à T24 et le score à T0. Une amélioration du patient correspond à une valeur négative pour cette différence. Les variables explicatives sont : le score initial, un suivi effectif psychologique pendant les

24 mois, un suivi effectif social pendant les 24 mois, le bras de l'étude (conventionnel ou microstructure), un suivi effectif psychologique en microstructure, un suivi effectif social en microstructure.

Les coefficients correspondant aux suivis effectifs psychologique et/ou social en microstructure représentent ce qu'apporte de plus le suivi en microstructure par rapport à un suivi conventionnel où les patients sont adressés dans des structures externes.

La prise en compte du score initial permet de comparer les suivis à sévérité égale.

Les comparaisons de distributions font intervenir des χ^2 exacts [7] et des régressions de Poisson (modèle log-linéaire) [5] quand il y a des facteurs explicatifs.

Les logiciels utilisés sont BMDP dynamic [2], StatXact 5 [1] et Glim 4 [3].

Chapitre 3

Échantillon

Les médecins auxquels l'expérience a été proposée ont été choisis à partir de listes établies par les caisses d'assurance maladie, les réseaux toxicomanie et l'industrie pharmaceutique. Le choix s'est d'abord porté sur les cabinets ayant un nombre important de patients potentiels (plus de 10). Leur situation géographique a également été un critère de choix de façon à équilibrer les cabinets sur l'ensemble du territoire couvert (urbain, semi-urbain et rural). Dans un premier temps, une cinquantaine de médecins du Bas-Rhin ont été contactés, vingt-neuf acceptèrent (soit 22 cabinets de médecine). Parmi ces cabinets, 21 ont inclus des patients, mais au bout de quelques mois, 6 cabinets se sont retirés. Un médecin n'a pas supporté la randomisation, 2 n'avaient pas une infrastructure suffisante pour accueillir le travail du psychologue et du travailleur social, 3 ont abandonné par manque de patients intéressés. Suite à cette défection et devant le manque d'intérêt des différents médecins contactés ensuite sur le Bas-Rhin, l'expérience a été étendue au Haut-Rhin. Une vingtaine de médecins ont été contactés. Parmi ceux-ci, 9 ont accepté (7 cabinets de médecine). Deux cabinets n'ont jamais inclus de patients, les 5 autres cabinets ont inclus des patients. Un cabinet a abandonné parce que le médecin ne désirait pas respecter le protocole. Sur les cabinets restant, 4 sont exclus de l'analyse parce que l'activité des microstructures a été quasiment nulle du fait du médecin : dans un cas parce que le médecin a été très souvent malade, dans un autre cas par refus d'une partie conceptuelle de la microstructure (travailleur social) et dans les deux derniers cas, par manque d'intérêt des médecins. Au total, l'expérience sera évaluée sur 14 cabinets (alors que le protocole en prévoyait 25).

Trois cent quarante neuf patients ont été inclus. Suite aux défections des médecins (concerne 29 patients) et aux patients qui ne sont pas venus (concerne 88 patients), soit parce qu'ils ont changé de médecin, soit parce qu'ils n'ont pas répondu à l'invitation, 232 patients ont passé le questionnaire de fin d'étude (T24). Parmi ces patients, 44 ont passé le questionnaire au-delà de 30 mois, délai trop éloigné des 24 mois théorique. Il reste 188 dossiers dans les temps. Les 23 patients des cabinets où l'activité était nulle en raison des médecins, ont été éliminés. Sept patients ont également été éliminés parce qu'ils ont eu un suivi en microstructure alors qu'ils étaient dans le bras « suivi conventionnel ». Un suivi en microstructure est défini par le fait d'avoir vu le psychologue ou/et le travailleur social de la microstructure plus d'une fois par an. Quatre dossiers ont été éliminés car les personnes interrogées au début et à la fin ne sont pas les mêmes bien qu'étant sous un même numéro. Finalement il reste 155 patients pour l'analyse (au lieu des 250 prévus par le protocole) — cf. tableau 3.1. Le taux de perte, 42,7 %, est conforme à ce qui avait été prévu dans le protocole (40 %) — cf. tableau 3.2.

TAB. 3.1 - *Effectifs par microstructure (en italique les microstructures exclues de l'analyse)*

microstructure	à l'entrée (T0)	dossiers T24	dans les temps à 24 mois	analyse
<i>cabinet 1</i>	<i>1</i>	–	–	–
cabinet 2	20	18	16	14
cabinet 3	31	23	11	11
cabinet 4	10	5	3	3
cabinet 5	17	12	12	12
cabinet 6	41	34	32	27
cabinet 7	13	9	5	5
<i>cabinet 8</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	–
cabinet 9	15	9	9	9
cabinet 10	35	25	13	13
cabinet 11	16	14	10	8
cabinet 12	7	6	6	6
<i>cabinet 13</i>	<i>10</i>	–	–	–
<i>cabinet 14</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	–
<i>cabinet 15</i>	<i>31</i>	<i>17</i>	<i>17</i>	–
<i>cabinet 16</i>	<i>8</i>	–	–	–
cabinet 17	25	20	20	20
<i>cabinet 18</i>	<i>1</i>	–	–	–
cabinet 19	22	11	11	11
cabinet 20	10	6	6	6
cabinet 21	16	15	11	10
<i>cabinet 22</i>	<i>1</i>	–	–	–
<i>cabinet 23</i>	<i>1</i>	–	–	–
<i>cabinet 24</i>	<i>1</i>	–	–	–
<i>cabinet 25</i>	<i>6</i>	–	–	–
	349	232	188	155

TAB. 3.2 - *Nombre de sujets exploitables dans l'étude pilote*

	suivi conventionnel	microstructure	total	<i>p</i>
à l'entrée (T0)	172	177	349	
<i>après exclusion</i>	<i>138</i>	<i>141</i>	<i>279</i>	
à 24 mois (T24)	89	99	188	
<i>dans l'analyse</i>	<i>67</i>	<i>88</i>	<i>155</i>	
taux de perte (%)	48,3	44,1	46,1	0,72
<i>dans l'analyse</i>	<i>51,4</i>	<i>37,6</i>	<i>44,4</i>	<i>0,23</i>

Un patient du bras « suivi conventionnel » a eu un suivi en microstructure car il y a eu une erreur de la part du médecin qui l'a toujours considéré comme dans le bras microstructure. Ce patient a été reclassé *a posteriori* dans le bras microstructure.

Les conséquences de l'élimination de dossiers sont de deux sortes : une baisse de puissance de l'étude et des biais possibles dans les résultats. Tous les dossiers éliminés ne sont

pas source de biais, tous participent à la baisse de puissance. Les dossiers source de biais potentiels sont ceux des patients qui ne sont pas venus passer le questionnaire final ou sont venus trop tard, car la cause de leur défection peut être liée au suivi qu'ils ont eu. Les dossiers éliminés en raison de l'attitude du médecin ne peuvent pas provoquer de biais car les dossiers des deux bras sont éliminés. Néanmoins les taux de pertes sont identiques pour les deux types de suivi, ce qui laisse penser que le biais issu de la défection différentielle suivant le suivi ne doit pas être important. La puissance actuelle de l'étude pour mettre en évidence la même différence que celle prise en compte dans le protocole n'est plus que de 60 % (elle était de 80 % dans le protocole).

Au bout de 2,5 ans de suivi, le taux de rétention est au moins de 74,2 % (cf. tableau 3.3) puisque certains patients suivis par les médecins ne sont pas venus répondre au questionnaire à la fin de l'étude.

TAB. 3.3 - *Taux de rétention pour un suivi moyen de 2,5 ans*

	suivi conventionnel	microstructure	total	<i>p</i>
à l'entrée (T0)	138	141	279	
à 24 mois (T24)	97	110	207	
taux de rétention (%)	70,3	78,0	74,2	0,17

Les microstructures qui ont servi à l'analyse se trouvent dans les villes suivantes : Strasbourg (8 microstructures), Bischwiller (1 microstructure), Sélestat (1 microstructure), Colmar (1 microstructure), Thann (1 microstructure) et Mulhouse (2 microstructures). Elles sont représentées par des cercles bleus sur la carte 3.1.



FIG. 3.1 - Localisation des microstructures de l'analyse (cercles pleins)

Chapitre 4

Généralités et suivis

Résumé

- en microstructure les suivis sont beaucoup plus fréquents que dans le suivi conventionnel ;
- la synergie entre les suivis psychologique et social est importante dans le suivi en microstructure.

4.1 Données démographiques

La distribution du sexe et de l'âge des patients de l'échantillon analysé se trouve aux figures 4.1 et 4.2. La structure d'âge est identique à celle des CSST de France [8], 56 % de 30 ans et plus, 8 % de 40 ans et plus et 14 % de moins de 25 ans (les mineurs ne participaient à l'étude). Il y a un petit peu plus de femmes que dans les CSST de France (30 % *vs.* 20 %).



FIG. 4.1 - *Distribution des patients par sexe*

4.2 Suivis psychologique et social

Le tableau 4.1 donne la distribution (en pourcentage) des suivis psychologique et social des patients en fonction de la régularité de ceux-ci (aucun, ponctuel, régulier) et du bras dans l'étude (conventionnel ou microstructure). La figure 4.3 représente la même information sous forme graphique.

Le tableau 4.2 donne la distribution (en pourcentage) des suivis psychologique et social en microstructure des patients du bras microstructure.

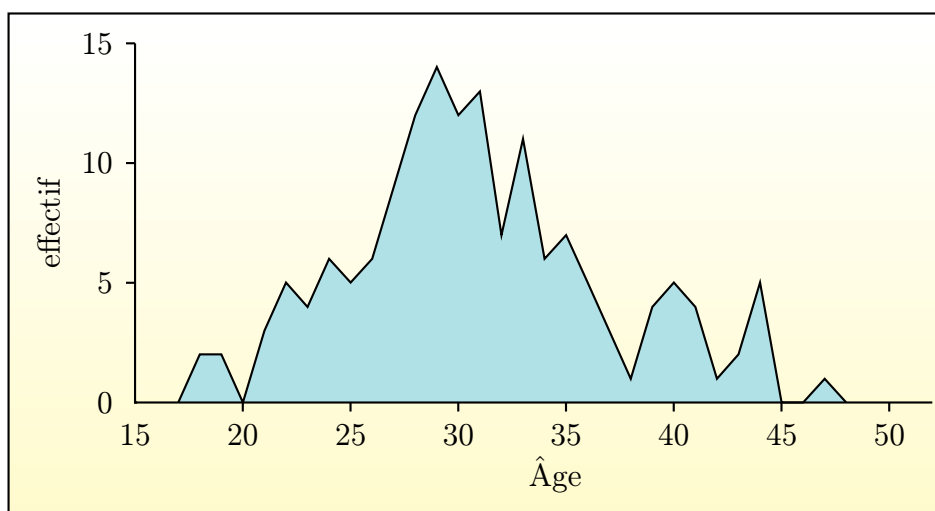


FIG. 4.2 - Structure d'âge des patients

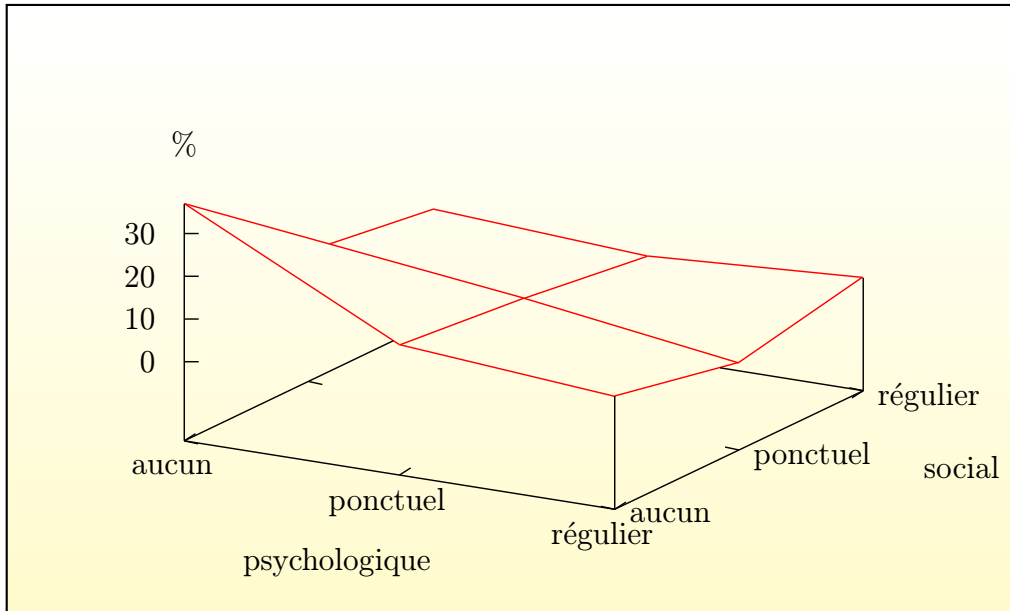
TAB. 4.1 - Régularité (en %) des suivis psychologique et social suivant le type de prise en charge

prise en charge	social	psychologique			
		aucun	ponctuel	régulier	
conventionnel	aucun	37	12	8	57
	ponctuel	12	9	5	26
	régulier	8	2	7	17
		57	23	20	
microstructure	aucun	9	9	7	25
	ponctuel	5	19	16	40
	régulier	1	10	24	35
		15	38	47	

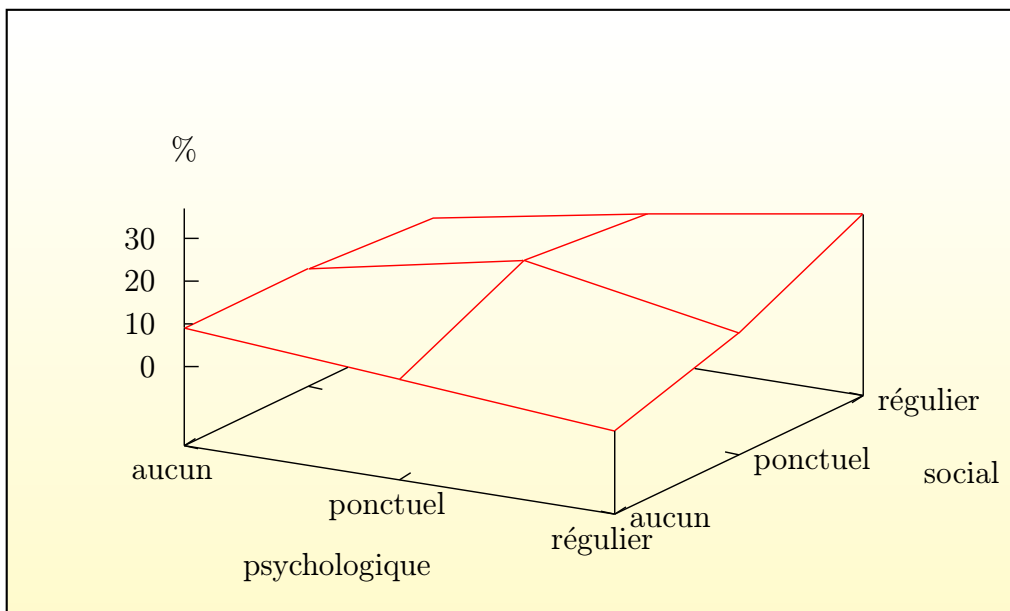
La plupart des patients du bras microstructure ont leurs entretiens psychologiques et/ou sociaux en microstructure. Dix pour cent des patients ont vu un travailleur social uniquement en dehors de la microstructure et 15 % ont des suivis psychologiques uniquement en dehors de la microstructure. Pour ces derniers, il s'agit de suivis initiés, pour la plupart, avant l'entrée dans la microstructure.

L'analyse des suivis pendant la période de l'étude (cf. tableau 4.3) montre bien la différence de prise en charge entre le bras conventionnel et le bras microstructure. Les suivis effectifs sont plus fréquents. Cet effet est très important pour le suivi psychologique. D'autre part, il y a une synergie entre le travailleur social et le psychologue : la régularité du suivi social va de pair avec la régularité du suivi psychologique.

Les effectifs des tableaux servant de base à l'analyse des scores composites de l'ASI se trouvent aux tableaux 4.4 et 4.5.



(a) suivi conventionnel



(b) suivi en microstructure

FIG. 4.3 - *Suivis psychologique et social en fonction du bras (en %)*

TAB. 4.2 - Régularité (en %) des suivis psychologique et social en microstructure

social	psychologique			
	aucun	ponctuel	régulier	
aucun	20	10	9	39
ponctuel	4	17	14	35
régulier	1	6	19	26
	25	33	42	

TAB. 4.3 - Analyse des suivis psychologique et social

facteur	coefficient	intervalle de confiance	p
constante	3,247		
suivi psychologique			10^{-4}
aucun	1		
ponctuel	-1,302	[-2,034 , -0,570]	
régulier	-1,792	[-2,638 , -0,946]	
suivi social			10^{-4}
aucun	1		
ponctuel	-1,215	[-1,935 , -0,495]	
régulier	-1,952	[-2,893 , -1,011]	
offre d'un suivi en microstructure	-1,409	[-2,141 , -0,677]	10^{-4}
interaction suivi psychologique \times offre			10^{-6}
ponctuel \times microstructure	1,662	[0,760 , 2,564]	
régulier \times microstructure	1,858	[0,916 , 2,800]	
interaction suivi social \times offre			0,07
ponctuel \times microstructure	0,851	[-0,005 , 1,708]	
régulier \times microstructure	0,969	[-0,000 , 1,938]	
interaction suivi psychologique \times suivi social			10^{-4}
ponctuel \times ponctuel	1,015	[0,033 , 1,997]	
ponctuel \times régulier	0,830	[-0,411 , 2,071]	
régulier \times ponctuel	1,052	[-0,023 , 2,127]	
régulier \times régulier	2,121	[0,933 , 3,309]	
logvraisemblance = 3,76 pour 4 degrés de liberté ($p = 0,44$)			

TAB. 4.4 - *Effectifs des suivis psychologique et social en fonction du bras*

prise en charge	social	psychologique	
		non	oui
conventionnel	non	24	13
	oui	13	15
microstructure	non	8	14
	oui	5	61

TAB. 4.5 - *Effectifs des suivis psychologique et social en microstructure*

social	psychologique	
	non	oui
non	17	17
oui	5	49

Chapitre 5

Drogues et alcool

Résumé

- la sévérité moyenne de l’addiction aux produits psycho-actifs, mesurée par le score drogues, a diminué au cours des 24 mois de l’étude pour l’ensemble des patients ;
- la consommation d’alcool n’a pas changé, en moyenne, au cours des 24 mois ;
- la consommation de benzodiazépines a fortement augmenté entraînant une augmentation de la polyconsommation ;
- les patients qui ont un suivi social ont tendance à augmenter la sévérité de leur addiction ;
- un suivi psychologique en microstructure permet de diminuer significativement la sévérité de l’addiction, en particulier en terme de consommation ;
- les passages en traitement par méthadone sont facilités par la prise en charge en microstructure. La microstructure représente une alternative intéressante aux centres spécialisés et ce, dès l’initialisation ;
- les microstructures identifient bien les patients ayant des comportements à risque (utilisation de seringues) lors de l’admission et les prennent mieux en charge que dans un suivi conventionnel, avec un fort taux d’abandon des comportements à risque ;
- les microstructures doivent améliorer l’anticipation ou la prévention des basculements vers des comportements à risque lors des suivis psychologiques, une fois l’admission réalisée.

5.1 Champ drogues/alcool de l’ASI

L’ASI quantifie la consommation d’alcool et de drogues sur les 30 derniers jours et sur la vie. Il regarde également les modes d’administration. Les conséquences physiques sont recherchées ainsi que les problèmes liés directement à la consommation.

Un score alcool et un score drogues sont constitués sur les 30 derniers jours en combinant des informations de ce champ de la façon suivante :

$$\text{score alcool} = \frac{\text{alcool} + \text{alcint} + \text{probalc}}{180} + \frac{\text{alcpreo} + \text{alcimp}}{24} + \frac{\ln\left(\frac{\text{falcool}}{5} + 1\right)}{44}$$

alcool	nombre de jours de consommation d'alcool sans intoxication
alcint	nombre de jours de consommation d'alcool pour intoxication
probalc	nombre de jours avec des problèmes liés à l'alcool
alcpreo	score de préoccupation du patient par ses problèmes d'alcool
alcimp	score d'importance pour le patient du traitement de ses problèmes d'alcool
falcool	somme (en francs) dépensée pour l'alcool

$$\text{score drogues} = \frac{\text{hero} + \text{metha} + \text{opia} + \text{barbi} + \text{tranq} + \text{coc} + \text{amphet} + \text{shit} + \text{hallu} + \text{poly}}{390} + \frac{\text{drgpreo} + \text{drgimp}}{52}$$

hero	nombre de jours de consommation d'héroïne
metha	nombre de jours de consommation de méthadone
opia	nombre de jours de consommation d'autres opiacés
barbi	nombre de jours de consommation de barbituriques
tranq	nombre de jours de consommation de tranquillisants
coc	nombre de jours de consommation de cocaïne
amphet	nombre de jours de consommation d'amphétamines
shit	nombre de jours de consommation de cannabis
hallu	nombre de jours de consommation d'hallucinogènes
poly	nombre de jours de polyconsommation
drgpreo	score de préoccupation du patient par ses problèmes de drogue
alcimp	score d'importance pour le patient du traitement de ses problèmes de drogue

5.2 Situation à l'entrée

À l'entrée dans l'étude, les consommations des produits psycho-actifs sont identiques à l'exception des barbituriques et des tranquillisants (cf. tableau 5.1). En ce qui concerne les barbituriques cela ne concerne que très peu de personnes (2,5 % de l'échantillon). Les patients sont pratiquement tous sous traitement de substitution. Les consommations moyennes d'héroïne ou de cocaïne sont faibles. Sur les 30 derniers jours avant l'interrogatoire, 83 % ne prenaient pas d'héroïne, 3,5 % en prenaient au moins un jour sur deux, 86 % ne prenaient pas de cocaïne et 2,5 % en prenaient au moins un jour sur deux.

La consommation de cannabis est courante : 1/3 n'en consomme pas, 1/3 en consomme peu et 1/3 en consomme quasi quotidiennement. La polyconsommation est importante : la moitié des patients ont une polyconsommation quotidienne c'est-à-dire qu'ils ne peuvent se contenter de leur substitution. Seuls 14 % des patients ne prenaient pas d'autre produit que leur traitement de substitution. Pour beaucoup, la polyconsommation associait le cannabis avec le traitement de substitution.

TAB. 5.1 - *Consommation dans les 30 derniers jours à l'entrée par type de suivi*

produit	conventionnel	microstructure	p^*	global
alcool sans intoxication (jours)	4,26	4,62	0,85	4,46
alcool pour intoxication (jours)	2,83	4,00	0,75	3,51
héroïne (jours)	1,32	0,91	0,51	1,08
barbiturique (jours)	0,00	1,08	0,03	0,62
tranquillisant (jours)	8,12	3,97	0,03	5,74
cocaïne (jours)	0,72	0,96	0,75	0,86
amphétamine (jours)	0,34	0,17	0,22	0,24
cannabis (jours)	13,06	12,27	0,95	12,61
hallucinogène (jours)	0,00	0,04	0,22	0,03
inhalant (jours)	0,00	0,11	0,39	0,06
polyconsommation (jours)	17,92	19,80	0,43	19,00
dépense alcool (EUR)	25,64	33,25	0,76	30,01
dépense drogues (EUR)	81,97	108,43	0,38	97,26
nombre de consultations pour drogue	2,98	2,39	0,15	2,65
nombre de jours avec problème d'alcool	1,05	0,64	0,89	0,81
nombre de jours avec problème de drogue	7,26	9,09	0,29	8,32
score alcool	0,08	0,10	0,56	0,09
score drogue	0,24	0,24	0,81	0,24

* test bilatéral.

5.3 Évolution à 24 mois

Le score drogues a diminué au cours des 24 mois pour les deux types de suivi (cf. tableau 5.2). La puissance de l'étude ne permet pas d'identifier de différence au niveau des produits. Néanmoins un fait est à noter : il existe une forte augmentation des tranquillisants, essentiellement représentés par les benzodiazépines. Cette augmentation est identique pour les deux suivis proposés. Concomitamment la polyconsommation a augmenté, en partie due à l'augmentation des tranquillisants. L'ASI ne permet pas de faire la différence entre les prescriptions médicales justifiées et les produits pris pour la défonce. Une étude particulière serait nécessaire. Globalement la dépense pour drogue, le nombre de jours où les patients éprouvent des problèmes liés à la drogue et le nombre de prises en charge pour des problèmes d'addiction ont diminué.

La consommation d'alcool n'a pas changé en moyenne sur les 24 mois.

L'analyse qui tente d'expliquer l'évolution de la sévérité de l'addiction des patients aux produits psycho-actifs (cf. tableau 5.3) en fonction du score de départ, de la possibilité d'avoir accès à une microstructure (sans l'utiliser), à un suivi effectif psychologique et/ou social et à un suivi effectif psychologique et/ou social en microstructure, montre que les patients qui ont un suivi social ont tendance à augmenter leur addiction. Cette augmentation est éliminée si elle est accompagnée d'un suivi psychologique en microstructure. Un suivi psychologique en microstructure diminue significativement la sévérité de l'addiction. Cette diminution n'est pas présente quand le suivi se fait dans une autre structure.

Le même type d'analyse pour la sévérité de l'alcoolisme (cf. tableau 5.4) montre que les suivis, quels que soient le lieu et le type n'ont pas d'action sur l'alcoolisme.

TAB. 5.2 - *Évolution de la consommation sur les 30 derniers jours par type de suivi*

produit			p^*	différence globale	
	conventionnel	microstructure			p^\dagger
alcool sans intoxication	1,73	1,42	0,24	1,55	0,32
alcool pour intoxication	1,34	0,39	0,35	0,79	0,76
héroïne	0,50	-0,49	0,48	-0,07	0,23
barbiturique	0,00	-0,74	0,05	-0,43	0,17
tranquillisant	4,34	5,47	0,94	4,88	10^{-4}
cocaïne	-0,03	-0,54	0,34	-0,32	0,13
amphétamine	-0,08	0,26	0,69	0,12	0,87
cannabis	-1,09	2,11	0,53	0,75	0,76
hallucinogène	0,00	-0,05	0,11	-0,03	0,50
inhalant	0,00	-0,11	0,19	-0,06	1,00
polyconsommation	3,77	2,21	0,42	2,88	0,01
dépense alcool (EUR)	-9,20	-5,83	0,99	-7,26	0,26
dépense drogues (EUR)	-35,18	-42,49	0,49	-39,42	0,01
nombre de consultations pour addiction	-0,92	-0,04	0,65	-0,42	10^{-4}
nombre de jours avec problème d'alcool	-0,06	0,22	0,93	0,10	0,76
nombre de jours avec problème de drogue	-1,64	-4,60	0,12	-3,35	10^{-3}
score alcool	0,00	0,01	0,89	0,01	0,68
score drogue	-0,01	-0,03	0,16	-0,02	0,02

* test unilatéral, † test bilatéral.

5.4 Substitution par la méthadone

L'utilisation d'un traitement par méthadone par les médecins dépend du suivi proposé (cf. tableau 5.5). Les passages en traitement par méthadone sont plus fréquents en microstructure que dans le suivi conventionnel (cf. tableau 5.6). Le suivi psychologique et social est largement facilité en microstructure. Les traitements par méthadone des patients des microstructures sont initialisés en centre spécialisé, mais ces patients retournent très rapidement chez le médecin généraliste pour leur prise en charge. Des initialisations très courtes ont même été possibles (moins d'une semaine). Les microstructures représentent une alternative intéressante aux centres spécialisés dans le traitement par méthadone et ce, dès l'initialisation.

5.5 Comportements à risque

Le seul comportement à risque dont nous parlerons ci-dessous est l'utilisation de seringues (cf. tableau 5.7). Les patients injecteurs sont bien identifiés à l'entrée en microstructure. La prise en charge de ces patients à risque par les microstructures est supérieure (87 % contre 70 %). Le suivi psychologique est également plus important (83 % contre 50 %).

TAB. 5.3 - *Analyse de l'évolution du score drogue*

facteur	coefficient	<i>p</i>
constante	0,0718	
score drogue au début	-0,5418	10 ⁻³
suivi		
psychologique	0,0361	0,16
social	0,0524	0,04
offre d'un suivi en microstructure	0,0148	0,62
suivi en microstructure		
psychologique	-0,0879	0,03
social	0,0188	0,61
<i>R</i> = 0,53		

TAB. 5.4 - *Analyse de l'évolution du score alcool*

facteur	coefficient	<i>p</i>
constante	0,0393	
score alcool au début	-0,4807	10 ⁻³
suivi		
psychologique	-0,0089	0,79
social	0,0186	0,56
offre d'un suivi en microstructure	0,0200	0,61
suivi en microstructure		
psychologique	-0,0381	0,45
social	0,0232	0,63
<i>R</i> = 0,48		

TAB. 5.5 - *Évolution du traitement par méthadone selon le suivi*

suivi proposé	sous traitement par méthadone		
	à 24 mois (T24)	à l'entrée (T0)	
		non	oui
conventionnel	non	53	1
	oui	7	5
microstructure	non	67	1
	oui	20	1

p = 0,05 niveau de significativité du test de la différence de distribution entre les suivis (comparaison de deux multinomiales à 4 niveaux).

TAB. 5.6 - *Passage en traitement par méthadone selon le suivi*

suivi proposé	passage	
	non	oui
conventionnel	53	7
microstructure	67	20

$p = 0,05$ niveau de significativité du test de la différence de distribution entre les suivis (comparaison unilatérale de deux binomiales).

TAB. 5.7 - *Évolution des comportements à risque (seringue) selon le suivi*

suivi proposé	utilisation de seringues		
	à 24 mois (T24)	à l'entrée (T0)	
		non	oui
conventionnel	non	55	8
	oui	1	2
microstructure	non	60	20
	oui	6	3

$p = 0,12$ niveau de significativité du test de la différence de distribution entre les suivis (comparaison de deux multinomiales à 4 niveaux). Les comparaisons conditionnelles unilatérales sont $p = 0,56$ pour les sans comportement à risque à T0 et $p = 0,31$ pour les patients utilisant une seringue à T0.

Les personnes prises en charge pour leur risque changent leur comportement dans 95 % des cas en microstructure contre seulement 60 % dans les autres structures. Bien que non significatif d'un point de vue statistique, on retrouve plus de patients qui se mettent à utiliser des seringues, alors qu'ils ont un suivi psychologique en microstructure, que dans les autres structures. Il est probablement nécessaire d'améliorer ce point dans la prise en charge des microstructures dans le futur, en particulier anticiper les comportements à risque ou accompagner le patient lors de sa démarche pour éviter un basculement vers l'utilisation de seringues.

Chapitre 6

Relations familiales et sociales

Résumé

- les relations familiales et sociales des patients à qui on offre un suivi en microstructure se sont améliorées, contrairement à celles des patients en suivi conventionnel pour lesquels elles se sont détériorées ;
- l'amélioration des relations familiales et sociales des patients des microstructures n'est pas simplement l'effet des suivis effectifs psychologique et/ou social. D'autres phénomènes, non mesurés, liés au concept de microstructure, sont également importants.

6.1 Champ relations familiales et sociales de l'ASI

L'ASI examine les relations familiales et sociales du patient, ainsi que les conflits qu'elles peuvent engendrer. Ces relations sont recherchées sur les 30 derniers jours ainsi que sur la vie. Un score de socialisation est établi à l'aide des données sur les 30 derniers jours de la façon suivante :

$$\text{score relations sociales} = \frac{|\text{statuok} - 2|}{10} + \frac{\text{jfamgra}}{150} + \frac{\text{fampreo} + \text{famimp}}{20} + \frac{\text{mgrav} + \text{pgrav} + \text{fsgra} + \text{ptgra} + \text{egrav} + \text{fmgra} + \text{agrav} + \text{vgrav} + \text{tgrav}}{50}$$

statuok	satisfaction des conditions de vie
jfamgra	nombre de jours de conflits graves avec la famille
fampreo	score de préoccupation du patient par ses problèmes familiaux
famimp	score d'importance pour le patient du traitement de ses problèmes familiaux
mgrav	présence de problèmes graves avec la mère
pgrav	présence de problèmes graves avec le père
fsgra	présence de problèmes graves avec la fratrie
ptgra	présence de problèmes graves avec le partenaire sexuel
egrav	présence de problèmes graves avec les enfants
fmgra	présence de problèmes graves avec un autre membre de la famille

- agrav présence de problèmes graves avec des amis intimes
- vgrav présence de problèmes graves avec les voisins
- tgrav présence de problèmes graves avec les camarades de travail

6.2 Situation à l'entrée

La grande majorité des patients sont célibataires (cf. figure 6.1). Seuls 54 % des patients sont satisfaits de leur situation familiale. Les patients vivent relativement rarement seuls (cf. figure 6.2) mais seulement 48 % sont satisfaits de leur condition de vie.

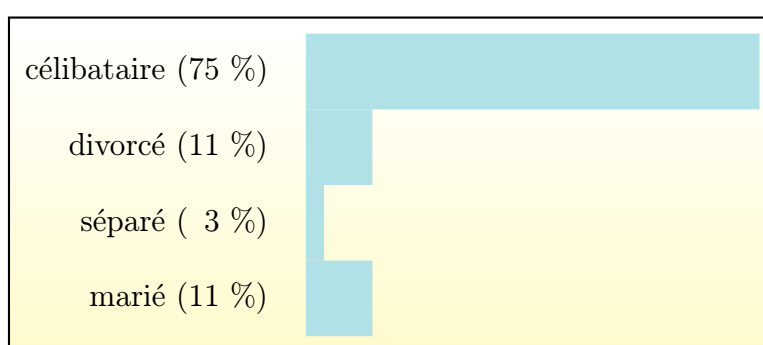


FIG. 6.1 - *Situation familiale*

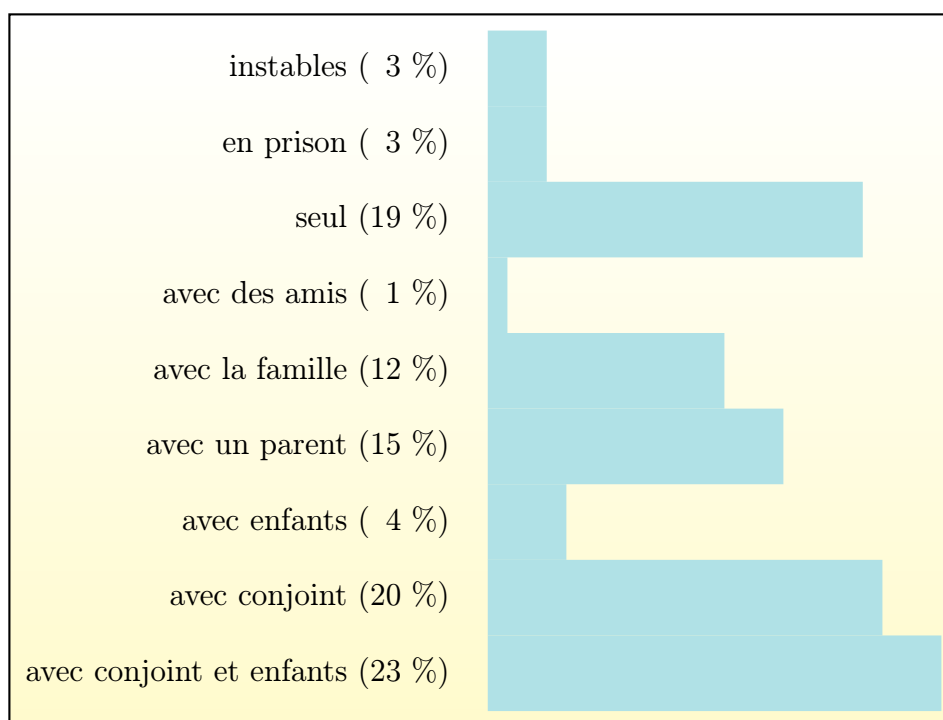


FIG. 6.2 - *Conditions de vie habituelles*

La promiscuité, à domicile, avec des personnes ayant des problèmes d'alcool, est relativement rare (8 % des patients ne vivant pas seuls). Par contre, 19 % de ces mêmes patients côtoient à domicile des personnes ayant un problème de drogue.

Les conflits graves avec la famille proche sont fréquents au cours de la vie du patient (dans 50 % des cas). Ces conflits existent aussi avec les voisins et les collègues de travail. Au début de l'étude, les conflits familiaux graves sont beaucoup moins fréquents, sauf avec le partenaire sexuel (20 %), les problèmes avec les collègues de travail restent fréquents (12 %).

TAB. 6.1 - *Score relations sociales à l'entrée par type de suivi*

	conventionnel	microstructure	p^*	global
score socialisation	0,17	0,18	0,55	0,17
* test bilatéral.				

Les scores relations sociales des patients sont comparables à l'entrée (cf. tableau 6.1).

6.3 Évolution à 24 mois

Le score relations sociales s'améliore dans l'offre de suivi en microstructure mais se détériore dans le suivi conventionnel (cf. tableau 6.2).

TAB. 6.2 - *Évolution du score relations sociales par type de suivi*

	conventionnel	microstructure	p^*
score socialisation	0,04	-0,03	0,03
* test unilatéral.			

TAB. 6.3 - *Analyse de l'évolution du score relations sociales*

facteur	coefficient	p
constante	0,1229	
score socialisation au début	-0,6187	10^{-3}
suivi		
psychologique	0,0047	0,92
social	0,0415	0,37
offre d'un suivi en microstructure	-0,0326	0,55
suivi en microstructure		
psychologique	-0,0056	0,94
social	-0,0640	0,33
$R = 0,56$		

L'analyse qui tente d'expliquer l'évolution du score relations sociales (cf. tableau 6.3) en fonction du score au départ, de la possibilité d'avoir accès à une microstructure (sans

l'utiliser), à un suivi effectif psychologique et/ou social et à un suivi effectif psychologique et/ou social en microstructure, ne montre rien de particulier quant à l'effet propre d'un suivi psychologique et/ou social, que cela soit en microstructure ou ailleurs. La différence observée dans le score socialisation entre les deux offres de suivi passe probablement par d'autres phénomènes que la simple prise en charge. Une possibilité est la restructuration du patient par une prise en charge pluridisciplinaire : le patient réapprend à communiquer avec un groupe, et non plus seulement avec des individus isolés, au sein d'un lieu de confiance. Une deuxième possibilité est la prise en charge indirecte des patients à qui a été offerte la prise en charge en microstructure, lors des synthèses, même s'ils n'ont pas de suivis psychologique et/ou social effectifs en microstructure. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de suivi effectif d'un patient par le psychologue ou le travailleur social de la microstructure que le cas n'est pas discuté en synthèse, à partir du moment où le patient fait partie de ceux à qui ce type de suivi a été offert. Dans ce dernier cas, l'influence de la microstructure passerait par le médecin.

Chapitre 7

État médical

Résumé

- les patients qui ont un suivi social ont vu leur état médical qui s'est détérioré sur les 24 mois ;
- une prise en charge en microstructure donne les mêmes résultats sur l'état médical du patient qu'une prise en charge conventionnelle.

7.1 Champ médical de l'ASI

L'ASI est relativement pauvre en ce qui concerne le volet médical, autre que psychiatrique. Il recense les hospitalisations et le problème médical chronique le plus grave. Un score médical est établi à partir de l'état du patient sur les 30 derniers jours :

$$\text{score médical} = \frac{\text{tpath}}{90} + \frac{\text{patpreo} + \text{traimp}}{12}$$

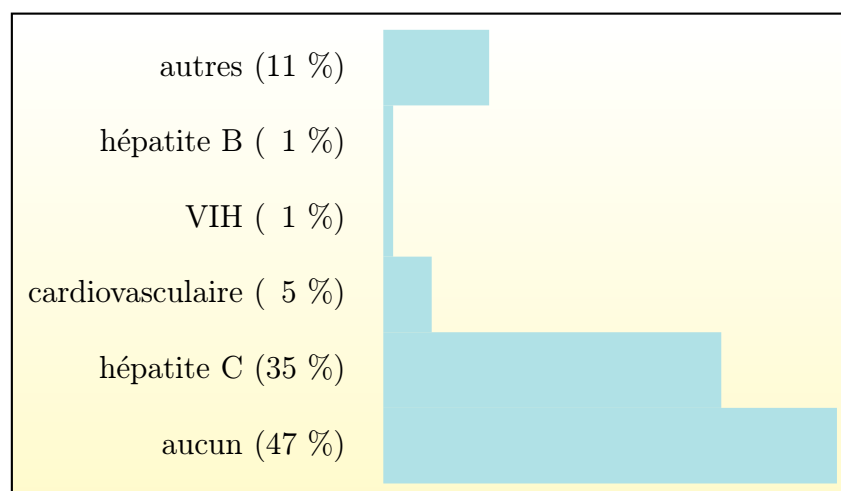
tpath nombre de jours avec des problèmes médicaux
 patpreo score de préoccupation du patient par ses problèmes médicaux
 traimp score d'importance pour le patient du traitement de ses problèmes médicaux

7.2 Situation à l'entrée

Le nombre moyen d'hospitalisations avant l'entrée dans l'étude était de 3,7 (15 % n'avaient jamais été hospitalisés). Parmi ceux qui ont été hospitalisés au moins une fois, la dernière hospitalisation remontait en moyenne à moins de 3 mois (77,6 jours).

La pathologie chronique principale rencontrée est l'hépatite C (cf. figure 7.1). La suivante, très loin derrière, est l'ensemble des pathologies cardiovasculaires. Parmi les autres pathologies rencontrées, on note les dérèglements thyroïdiens, le diabète, l'épilepsie, les problèmes dermatologiques, des pathologies ORL, des atteintes rhumatologiques et des troubles respiratoires.

Pendant les 30 derniers jours, 45 % des patients ont éprouvé des problèmes médicaux. Pour ces derniers, le nombre moyen de jours où ils ont été éprouvés était de 12 jours.

FIG. 7.1 - *Problème médical chronique principal*

Le score médical moyen, à l'entrée, était de 0,27. Ce score est relativement bas car 55 % des patients n'avaient pas de problèmes médicaux particuliers. Le score moyen des 45 % des patients ayant éprouvé au moins un jour des problèmes médicaux était de 0,59.

7.3 Évolution à 24 mois

Globalement l'évolution du score médical est la même dans les deux offres de suivi (cf. tableau 7.1). Ceci n'a rien d'étonnant puisque le médecin est identique dans les deux bras de l'étude au sein d'un même cabinet et que l'évolution du score médical dépend en grande partie du médecin. Néanmoins l'analyse plus fine (cf. tableau 7.2) en fonction du score au départ, de la possibilité d'avoir accès à une microstructure (sans l'utiliser), à un suivi effectif psychologique et/ou social et à un suivi effectif psychologique et/ou social en microstructure, montre que les patients qui bénéficient d'un suivi social ont un état médical qui s'est significativement détérioré sur les 24 mois.

TAB. 7.1 - *Évolution du score médical par type de suivi*

produit	conventionnel			microstructure		différence globale	
				p^*		p^\dagger	
score médical	-0,04	-0,05	0,49		-0,04	0,14	

* test unilatéral, † test bilatéral.

TAB. 7.2 - *Analyse de l'évolution du score médical*

facteur	coefficient	<i>p</i>
constante	0,0713	
score médical au début	-0,6381	10^{-3}
suivi		
psychologique	-0,0661	0,34
social	0,1570	0,02
offre d'un suivi en microstructure	0,0325	0,67
suivi en microstructure		
psychologique	0,0430	0,67
social	-0,1051	0,27
$R^2 = 0,62$		

Chapitre 8

État psychiatrique

Résumé

- la prise en charge en microstructure génère, dans un premier temps, des états dépressifs et des difficultés pour les patients à maîtriser leur violence ;
- il y a un meilleur contrôle des médicaments de spécialité psychiatrique en microstructure ;
- les patients à qui est offert un suivi en microstructure et qui n’y adhèrent pas ont un état psychiatrique qui évolue défavorablement. Ces patients doivent être l’objet d’une attention particulière des intervenants de la microstructure ;
- les suivis psychologiques en microstructure améliorent l’état psychiatrique du patient. Ceci n’est pas le cas des suivis psychologiques dans les autres structures.

8.1 Champ psychiatrique de l’ASI

L’ASI recueille, sur la vie et sur les 30 derniers jours, les items du DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). Un score psychiatrique est établi à partir des données sur les 30 derniers jours de la façon suivante :

$$\text{score psychiatrique} = \frac{\text{depre} + \text{anx} + \text{hallu} + \text{souv} + \text{viole} + \text{idsui} + \text{suic} + \text{medps}}{11} + \frac{\text{pbpsy}}{330} + \frac{\text{psypreo} + \text{psyimp}}{44}$$

depr	présence d’une dépression
anx	présence d’une anxiété
hallu	présence d’hallucinations
souv	présence de problèmes de remémoration
viole	présence de comportements violents

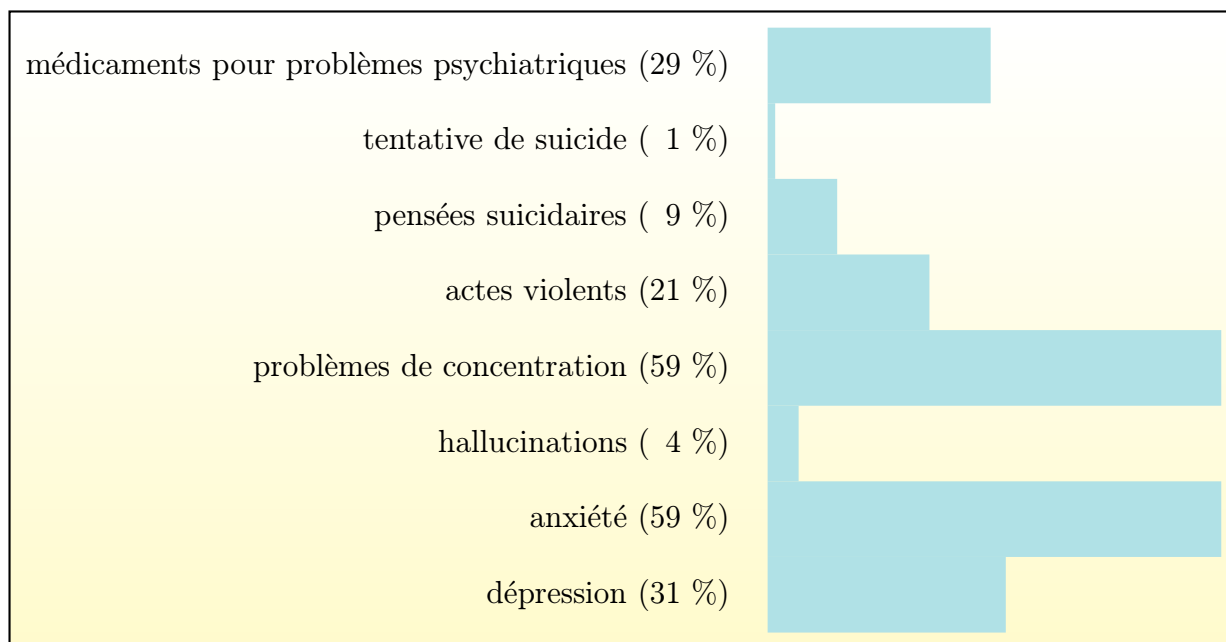


FIG. 8.1 - *Problèmes psychiatriques sur les 30 derniers jours à l'entrée*

- idsui a eu des idées de suicide
- suic a tenté de se suicider
- medps a un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel
- jfamgra nombre de jours de conflits graves avec la famille
- pbpsy nombre de jours avec des problèmes psychologiques ou émotionnels
- psypreo score de préoccupation du patient par ses problèmes psychiatriques
- psyimp score d'importance pour le patient du traitement de ses problèmes psychiatriques

8.2 Situation à l'entrée

Vingt pour cent des patients ont été hospitalisés au moins une fois pour des problèmes psychiatriques et 51 % ont été traités au moins une fois en externe ou en privé pour cette même cause. Les problèmes psychiatriques éprouvés par les patients, sur les 30 derniers jours avant l'inclusion, sont multiples et fréquents (cf. figure 8.1). Seuls 22 % des patients n'avaient pas éprouvé de problèmes psychologiques ou émotionnels, 31 % en avaient éprouvé tous les jours. La proportion de patients prenant des médicaments d'une spécialité psychiatrique est importante (29 %). Le score psychiatrique moyen, à l'inclusion, était de 0,33.

8.3 Évolution à 24 mois

Globalement, l'évolution du score psychiatrique est la même dans les deux types de suivi (cf. tableau 8.1). Pourtant ceci recouvre des comportements différents. La proportion de patients dépressifs est plus importante dans le bras microstructure et surtout la proportion de patients ayant de la difficulté à maîtriser leur violence y est significativement plus élevée.

Ceci n'est que le reflet du début du traitement et devrait s'amenuiser par la suite. Par contre, il y a un meilleur contrôle des médicaments de spécialité psychiatrique en microstructure.

L'analyse qui tente d'expliquer l'évolution du score psychiatrique (cf. tableau 8.2) en fonction du score au départ, de la possibilité d'avoir accès à une microstructure (sans l'utiliser), à un suivi effectif psychologique et/ou social et à un suivi effectif psychologique et/ou social en microstructure, détecte la tendance qu'ont les patients à qui a été offert un suivi en microstructure, mais qui n'ont pas adhéré à l'idée, à voir leur état psychiatrique évoluer défavorablement. Ces patients devraient faire l'objet d'une attention particulière des intervenants de la microstructure. Cette analyse montre également le bienfait des suivis psychologiques en microstructure.

TAB. 8.1 - *Évolution des problèmes psychiatriques par type de suivi*

problème psychiatrique				différence globale	
	conventionnel	microstructure	p^*		p^\dagger
% dépression	9	17	0,92		
% anxiété	62	58	0,30		
% hallucinations	2	5	0,85		
% problèmes de concentration	59	59	1,00		
% actes violents	11	26	0,99		
% pensées suicidaires	9	9	1,00		
% tentative de suicide	3	5	0,68		
% médicaments psychiatriques	41	34	0,19		
nombre de jours avec problèmes psychiatriques	-3,95	-2,43	0,76	-3,09	0,02
score psychiatrique	-0,05	-0,02	0,66	-0,03	0,12

* test unilatéral, † test bilatéral.

TAB. 8.2 - *Analyse de l'évolution du score psychiatrique*

facteur	coefficient	p
constante	0,0968	
score psychiatrique au début	-0,5670	10^{-3}
suivi		
psychologique	0,0434	0,36
social	0,0704	0,13
offre d'un suivi en microstructure	0,0926	0,09
suivi en microstructure		
psychologique	-0,1322	0,06
social	-0,0229	0,73
$R = 0,55$		

Chapitre 9

Emploi/ressources

Résumé

- la situation moyenne de l’emploi de l’ensemble des patients s’est améliorée sur les 24 mois;
- l’aide apportée par le conjoint a diminué sur les 24 mois ;
- le suivi social, dans les structures autres que les microstructures, n’a pas d’influence sur l’emploi ;
- en microstructure, le suivi social seul est associé, sans les produire, à des situations d’emploi difficiles ;
- le suivi psychologique, en microstructure, mais pas dans les autres structures, permet au patient de reprendre confiance et de se motiver, afin de rechercher efficacement un emploi ou de réagir positivement à un stage de réinsertion.

9.1 Champ emploi/ressources de l’ASI

Dans le champ emploi/ressources de l’ASI, les questions portent sur l’emploi, mais également sur les aides sociales et les revenus illégaux. Un score emploi est calculé, sur les 30 derniers jours, à partir des données sur l’emploi légal et le travail au noir de la façon suivante :

$$\text{score emploi} = 1 - \frac{\text{permis} + \text{auto}}{4} + \frac{\text{jpaye}}{120} + \frac{\ln\left(\frac{\text{fsalair}}{5} + 1\right)}{36}$$

permis	permis de conduire valide
auto	propriétaire d’une voiture avec permis de conduire valide
jpaye	nombre de jours payés
fsalair	revenu net par l’emploi (en francs)

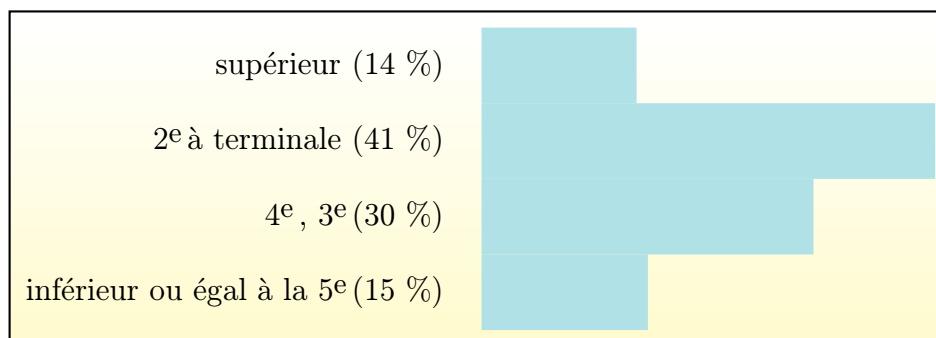


FIG. 9.1 - Niveau d'étude

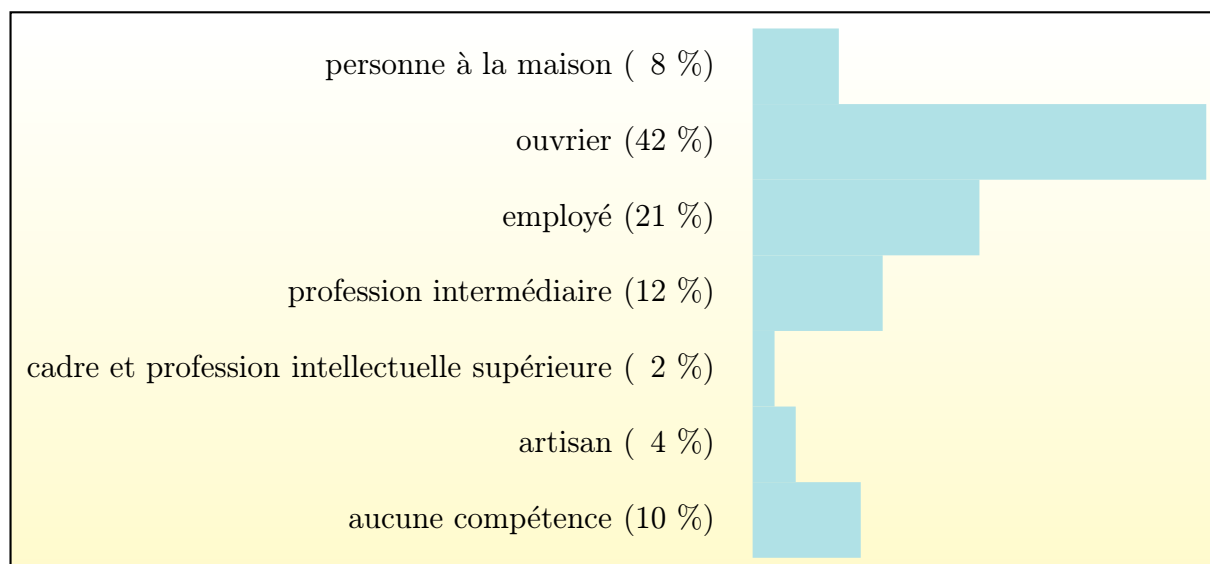


FIG. 9.2 - Profession ou compétence

9.2 Situation à l'entrée

Le niveau d'étude des patients est donné à la figure 9.1. Le métier ou les compétences sont donnés à la figure 9.2. La moitié des patients ont eu ou ont encore un emploi à plein temps qui a dépassé ou dépasse 24 mois sans interruption, mais 7 % n'ont jamais eu d'emploi à plein temps atteignant 3 mois. Sur les 30 derniers jours, le nombre moyen de jours payés était de 10,3 jours. Parmi les 55 % de patients qui avaient travaillé au moins un jour, le nombre moyen de jours payés était de 18,5 jours. Pour les personnes ayant eu un emploi légal pendant au moins un jour, le salaire moyen était de 1100 euros. Globalement, en comptant toutes les ressources financières, les patients avaient, en moyenne, 885 euros par mois. Le score emploi moyen était relativement mauvais : 0,54. Il est difficile d'interpréter ce score car les coefficients le définissant ont été calculés par rapport à l'économie nord-américaine.

9.3 Évolution à 24 mois

Dans les deux offres de suivi le score emploi moyen a diminué, et ceci de façon identique (cf. tableau 9.1). Il n'y a pas de différence d'évolution du score moyen entre les deux bras de l'étude. Néanmoins on peut noter que l'aide apportée par le conjoint a diminué sur les 24 mois d'un peu plus d'un quart (en moyenne de 22,75 euros par mois).

L'analyse qui explique l'évolution du score emploi des patients (cf. tableau 9.2) en fonction du score au départ, de la possibilité d'avoir accès à une microstructure (sans l'utiliser), à un suivi effectif psychologique et/ou social et à un suivi effectif psychologique et/ou social en microstructure montre que le suivi social n'a que peu d'influence sur l'emploi. En microstructure, il peut même être associé, pour certains patients, à des situations difficiles de perte d'emploi générant des scores élevés. Pour ces patients, un suivi psychologique est absolument nécessaire. En microstructure, le suivi psychologique est vécu positivement et permet d'accompagner le suivi social en redonnant confiance à la personne et en la motivant. Cet effet n'est pas retrouvé dans les prises en charge en dehors des microstructures.

TAB. 9.1 - *Évolution des ressources par type de suivi*

	conventionnel	microstructure	p^*	différence globale	
				p^\dagger	
nombre de jours payés	14,14	13,10	0,83		
ressources totales	884,56	879,21	0,94		
différence du nombre de jours payés	3,89	2,81	0,94	3,27	0,02
nombre de jours avec problèmes d'emploi	1,44	-1,89	0,06	-0,44	0,58
score emploi	-0,05	-0,03	0,96	-0,04	0,09

* test unilatéral, † test bilatéral.

TAB. 9.2 - *Analyse de l'évolution du score emploi*

facteur	coefficient	p
constante	0,0565	
score socialisation au début	-0,3592	10^{-3}
suivi		
psychologique	0,1216	0,03
social	0,0812	0,14
offre d'un suivi en microstructure	0,0660	0,28
suivi en microstructure		
psychologique	-0,2899	10^{-3}
social	0,1627	0,04
$R = 0,52$		

Chapitre 10

Situation légale

Résumé

- le score légal moyen des patients a diminué sur les 24 mois, quel que soit le lieu des suivis ;
- les suivis psychologique et/ou social, quelle que soit la structure, n’apportent rien à l’état légal des patients sur les 24 mois de l’étude. De par les lenteurs de la justice, la situation légale des patients, à un moment donné, est souvent le reflet d’infractions remontant à plusieurs années. Un quelconque effet observable demande un suivi plus long que les 24 mois de l’étude.

10.1 Champ légal de l’ASI

Le champ légal de l’ASI recense les principales infractions et les crimes, aussi bien sur la vie que sur les 30 derniers jours. Il recueille la position du patient par rapport à la loi (prison, probation, inculpé, etc.) ainsi que les ressources issues d’activités illégales. Un score légal est fabriqué à partir des données sur les 30 derniers jours de la façon suivante :

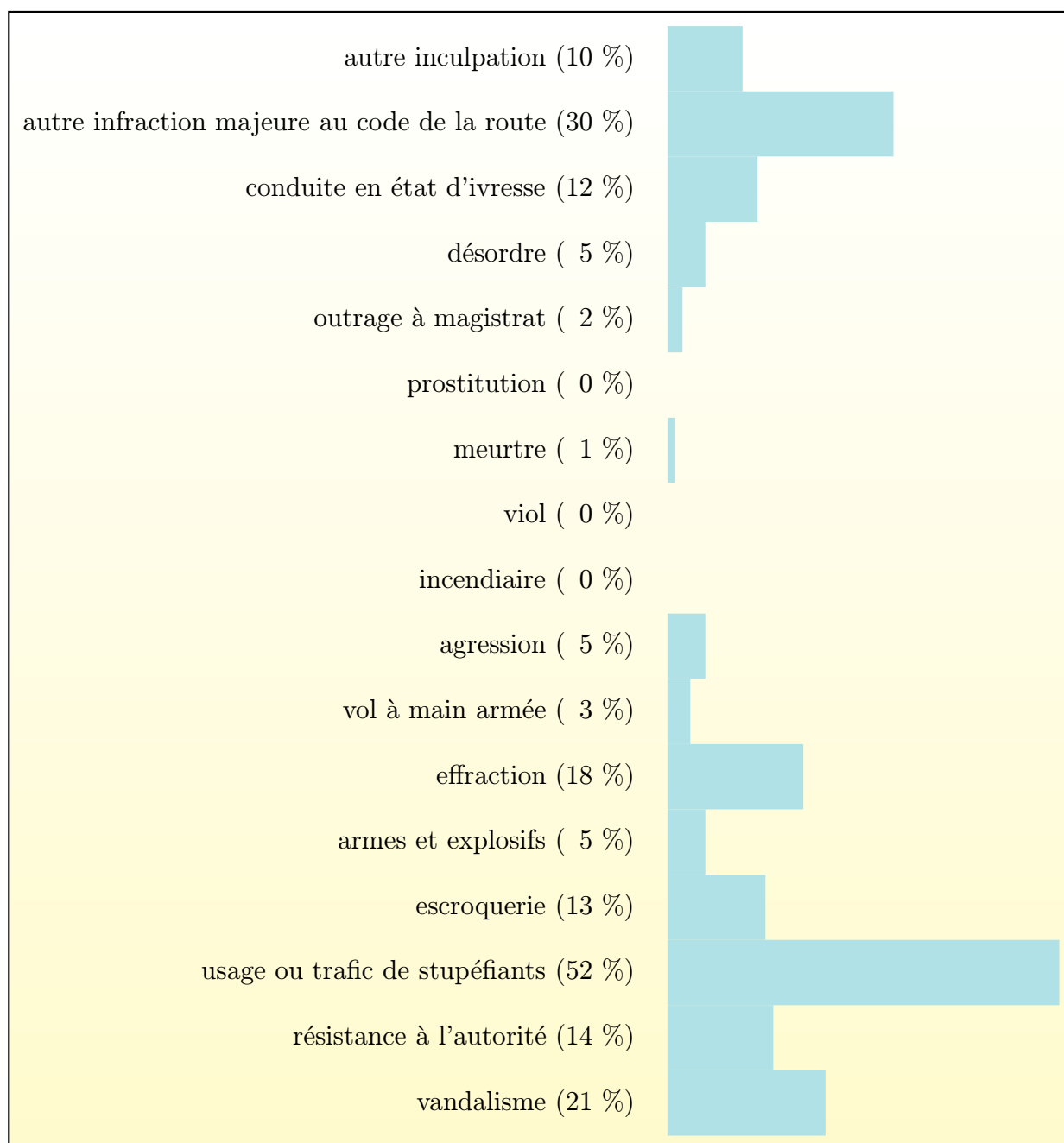
$$\text{score légal} = \frac{\text{probcon}}{5} + \frac{\text{actill}}{150} + \frac{\text{leggrav} + \text{legimp}}{20} + \frac{\ln\left(\frac{\text{filleg}}{5} + 1\right)}{46}$$

probcon	en probation, libération conditionnelle ou prison
actill	nombre de jours d’activité illégale
leggrav	score d’appréciation du patient de ses problèmes légaux
legimp	score d’importance pour le patient du traitement de ses problèmes légaux
filleg	ressources (en francs) issues d’activités illégales

10.2 Situation à l’entrée

La majorité des patients ont été inculpés au moins une fois dans leur vie (cf. figure 10.1).

La durée de détention cumulée moyenne des 39 % de patients ayant fait de la prison était de 23,4 mois. Au moment de la passation de l’ASI, 10 % des patients avaient des démêlés

FIG. 10.1 - *Passé des inculpations à l'entrée*

avec la justice. Quatorze pour cent des patients déclarent avoir eu des activités illégales sur les 30 derniers jours (en moyenne 6,6 jours). Ces activités leur ont rapporté en moyenne 368,11 euros.

Le score légal moyen : 0,09, est relativement bas car beaucoup de patients n'ont pas eu de problèmes légaux ou d'activités illégales sur les 30 derniers jours. Pour ceux qui en ont eus, le score moyen est de 0,27.

Le score légal moyen des patients a diminué de la même quantité dans les deux offres de suivi (cf. tableau 10.1). L'analyse qui tente d'expliquer l'évolution du score légal (cf. tableau 10.2) en fonction du score au départ, de la possibilité d'avoir accès à une microstructure (sans l'utiliser), à un suivi effectif psychologique et/ou social et à un suivi effectif psychologique et/ou social en microstructure, ne montre rien de particulier quant à l'effet des microstructures. C'est la même chose que pour les suivis dans les autres types de suivis qui ne montrent pas plus d'effet sur l'état légal. De toute façon, l'état légal, à un moment donné, de par la lenteur de la justice, est souvent l'image de faits qui se sont passés parfois plusieurs années avant. Un effet des microstructures pourra peut-être s'observer dans quelques années.

TAB. 10.1 - *Évolution du score légal par type de suivi*

	conventionnel		microstructure	différence globale	
			p^*		p^\dagger
score légal	-0,04	-0,04	0,43	-0,04	0,02

* test unilatéral, † test bilatéral.

TAB. 10.2 - *Analyse de l'évolution du score légal*

facteur	coefficient	p
constante	0,0447	
score légal au début	-0,8515	10^{-3}
suivi		
psychologique	0,0350	0,22
social	-0,0337	0,23
offre d'un suivi en microstructure	-0,0568	0,08
suivi en microstructure		
psychologique	0,0096	0,82
social	0,0454	0,26
$R = 0,75$		

Chapitre 11

Conclusion

L'étude avait pour but de répondre à la question suivante : Les microstructures apportent-elles un plus par rapport aux suivis conventionnels proposés par les médecins de ville ?

L'étude se fondait sur le questionnaire ASI (*Addiction severity index*) en version française. Ce questionnaire a été validé dans les pays anglo-saxons et en France. Les critères de jugement se basaient sur les sept scores composites : drogues (critère principal), alcool, relations sociales, emploi, légal, médical et psychiatrique.

Les microstructures font aussi bien que les suivis conventionnels dans les domaines suivants : consommation d'alcool, état médical, situation légale.

Les microstructures donnent des résultats supérieurs à ceux obtenus avec une offre conventionnelle dans les domaines suivants : consommation de drogues, relations sociales, état psychiatrique, emploi.

Les microstructures représentent une alternative intéressante aux centres spécialisés dans le traitement par méthadone et ce, dès l'initialisation.

La synergie entre le travail social et le suivi psychologique est un élément clé de la réussite des microstructures. L'étude, dans sa conception et intentionnellement, ne permettait pas de juger de l'apport du médecin puisque les patients ont été randomisés entre le suivi conventionnel et la microstructure au sein de chaque cabinet. Néanmoins une microstructure repose sur la participation active du médecin, à la fois par l'adoption du concept, mais aussi par sa mise en application. Cette mise en application implique la participation aux synthèses, l'acceptation du partage des compétences et la création, quand cela n'existe pas déjà, d'un espace permettant aux autres intervenants de recevoir les patients dans des conditions décentes.

Annexe A

Addiction severity index (ASI)

Adaptation française de

L'ADDICTION SEVERITY INDEX

5ème version (A.T. McLELLAN, 1992) à partir de l'Indice de Gravité de la Toxicomanie (J. BERGERON)

Laboratoire de Psychiatrie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Centre Carreire, 121 rue de la Béchade 33076 Bordeaux CEDEX

INSTRUCTIONS

- 1 Ne laissez aucun blanc
Utilisez les codes appropriés
X : pas de réponse
N : non concerné
Utilisez 1 caractère par item
- 2 Les items soulignés sont destinés au suivi.
Les items marqués d'une * sont cumulatifs et doivent être renseignés à chaque entretien.
- 3 De l'espace libre est réservé après chaque section pour les commentaires.

EVALUATION DE LA SEVERITE

L'évaluation de la sévérité est établie à travers un entretien qui permet d'estimer les besoins pour le patient d'un traitement supplémentaire dans chaque domaine. Les échelles s'étendent de 0 (pas de traitement nécessaire) à 9 (traitement absolument nécessaire, pronostic vital en jeu). Chaque évaluation est basée sur l'histoire symptomatologique du patient, les conditions actuelles et une évaluation subjective de son besoin d'être traité dans chaque domaine concerné.
Pour plus de renseignements se reporter au manuel.
Remarque : Cette échelle de sévérité est optionnelle

RAPPEL DE L'ECHELLE D'AUTO-EVALUATION

- 0 non, pas du tout
- 1 légèrement
- 2 modérément
- 3 considérablement
- 4 extrêmement

INFORMATIONS GENERALESN° DOSSIER Date de l'entrevue Heure début Heure fin Catégorie

1 - Base 2 - Suivi

Mode contact

1 - en personne 2 - téléphone

Sexe

1 - Masculin 2 - Féminin

Code interviewer SPECIAL

1 - Patient sorti
2 - Refus du patient
3 - Patient incapable de répondre

1 Depuis combien de temps vivez-vous à cette adresse ?
 ans mois

2 Est-ce que vous êtes propriétaire vous ou votre famille ?
0 - Non 1 - Oui

3 Date de naissance

6 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en environnement contrôlé ?

1 - NON
2 - Prison
3 - Traitement alcool ou drogue
4 - Traitement médical
5 - Traitement psychiatrique
6 - Autre

7 Combien de jours ?

Scores composites

Score médical

Score emploi-ressources

Score alcool

Score drogue

Score légal

Score famille-social

Score psychologique

Profil de sévérité**COMMENTAIRES**

ETAT MEDICAL

***1** Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ?
(Y compris surdosage et delirium tremens ; excepté désintoxication)

2 Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ?

 ans mois

3 Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie ?

0 - Non 1 - Oui

Précisez :

4 Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ?

0 - Non 1 - Oui

5 Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? (à l'exception d'une incapacité psychiatrique)

0 - Non 1 - Oui

Précisez :

6 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ?

Questions 7 et 8 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

7 Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ?

8 Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ?

Évaluation de sévérité par l'interviewer

9 Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

10 Volontairement par le patient

0 - Non 1 - Oui

11 Par son incapacité à comprendre

0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

EMPLOI / RESSOURCES

***1** Nombre d'années d'études
(Bac = 12 ans) ans mois

***2** Formation ou études techniques
 mois

3 Avez-vous une profession, un métier, une compétence ?
0 - Non 1 - Oui
Précisez :

4 Avez-vous un permis de conduire valide ?
0 - Non 1 - Oui

5 Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (Sans permis de conduire valide, répondez Non)
0 - Non 1 - Oui

6 Quelle a été la durée de votre plus long emploi à temps plein ?
 ans mois

7 Occupation actuelle
(ou dernière occupation)

Précisez :

8 Quelqu'un d'autre contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre ?
0 - Non 1 - Oui

9 (Si Oui à la question 8)
Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ?
0 - Non 1 - Oui

10 Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années

- 1- Plein temps (32 heures/semaines)
2- Temps partiel (heures régulières)
3- Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée)
4- Étudiant
5- Service militaire
6- Retraité/Invalidité
7- Sans emploi
8- Environnement contrôlé

11 Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours ?
(y compris travail au noir)

Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?

12 Emploi (revenu net)

13 Chômage

14 Aide sociale

15 Pension

16 Conjoint, famille ou amis
(dépenses personnelles)

17 Illégal

18 Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc) ?

19 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi ?

Questions 20 et 21 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

20 Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ses problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ?

21 Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une aide pour ces problèmes d'emploi ?

Évaluation de sévérité par l'interviewer

22 Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

23 Volontairement par le patient
0 - Non 1 - Oui

24 Par son incapacité à comprendre
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

DROGUE / ALCOOL

	30 dernier s jours	toute la vie années	voie
*1 Alcool toute utilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*2 Alcool intoxication	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*3 Héroïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*4 Méthadone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*5 Autres opiacés / analgésiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*6 Barbituriques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*7 Autres sédatifs / Hypnotiques / Tranquillisants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*8 Cocaïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*9 Amphétamine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*10 Cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*11 Hallucinogène	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*12 Inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*13 Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Remarque : Voir dans le manuel les exemples représentatifs de chaque catégorie de drogue, médicament

Voie d'administration :
 1- Orale
 2- Nasale
 3- Fumée
 4- Injection non IV
 5- IV

14 Quelle substance pose le problème principal ? (*Veillez coder comme précédemment ou 00- pas de problème ; 15-Alcool et drogue (double toxicomanie) ; 16- Polydrogue ; en cas d'incertitude demandez au bénéficiaire*)

15 Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette substance principale ?
(00-jamais abstinent)

16 Depuis combien de temps cette abstinence a-t-elle cessé ?
(00-encore abstinent)

***17** Combien de fois avez-vous eu :
 un delirium tremens (alcool)
 une overdose (drogue)

***18** Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :
 abus d'alcool
 abus de drogue

***19** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement ?
 alcool
 drogue

20 Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :
 alcool
 drogue

21 Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues au cours des 30 derniers jours ?
(y compris NA, AA)

22 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes :
 d'alcool
 de drogue

Questions 23 et 24 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

23 Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des problèmes :
 d'alcool
 de drogues

24 Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes :
 d'alcool
 de drogues

Évaluation de sévérité par l'interviewer

25 Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour abus :
 d'alcool
 de drogues

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

26 Volontairement par le patient
 0 - Non 1 - Oui

27 Par son incapacité à comprendre
 0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

SITUATION LEGALE

<p>1 Cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire (juge, policier, etc...) ? 0 - Non 1 - Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>2 Etes-vous en période de probation, de libération conditionnelle ou dans un établissement pénal ? 0 - Non 1 - Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculpé des délits et crimes suivants :</p> <p>*3 Vol à l'étalage, vandalisme <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*4 Résistance à l'autorité (violation de probation) <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*5 Usage, trafic de stupéfiants <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*6 Escroquerie, faux et usage de faux <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*7 Armes et explosifs <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*8 Vol avec effraction (cambriolage) <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*9 Vol à main armée <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*10 Agression <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*11 Incendiaire <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*12 Viol <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*13 Homicide, meurtre <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*14A Prostitution <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*14B Outrage à magistrat <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*14C Autres <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p>*15 Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation ? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes ?</p> <p>*16 Désordre, vagabondage, ivresse publique <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*17 Conduite en état d'ivresse <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*18 Autres infractions majeures au code de la route (<i>conduite dangereuse, excès de vitesse, défaut de permis, etc.</i>) <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*19 Combien de mois avez-vous été détenu dans votre vie ? <input style="width: 40px;" type="text"/> mois</p> <p>20 Combien de temps a duré votre dernière détention ? <input style="width: 40px;" type="text"/> mois</p> <p>21 Pour quelle raison étiez-vous détenu ? (<i>servez-vous du code 3-14, 16-18. En cas d'inculpations multiples, codez la plus grave</i>) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>*22 Êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou d'une sentence ? 0 - Non 1 - Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*23 Pour quel motif ? (<i>si plusieurs motifs, notez le plus grave</i>) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>*24 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu ? <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p>*25 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales en vue d'en tirer profit ? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p><i>Questions 26 et 27 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</i></p> <p>*26 Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ? (<i>Exclure les problèmes civils</i>) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>*27 Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ? <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Évaluation de sévérité par l'interviewer</p> <p>*28 Comment évaluez-vous son besoin de conseil juridique ? <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Évaluation de confiance</p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>*29 Volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>*30 Par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
--	--	--

COMMENTAIRES

HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille, ont ou ont elles eu des difficultés que vous qualifieriez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologique, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

Côté Maternel	Côté Paternel	Fratrie
Alcool Drog Psych	Alcool Drog Psych	Alcool Drog Psych
Grand-Mère <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Grand-Mère <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Frère 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Grand-Père <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Grand-Père <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Frère 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Mère <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Père <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Soeur 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tante <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tante <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Soeur 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Oncle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Oncle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Consigne : Noter "0" dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie ; "1" quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; "X" lorsque la réponse est incertaine ou "je ne sais pas" et "N" lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie.

COMMENTAIRES

RELATIONS FAMILIALES / SOCIALES

1 État civil
 1 - Marié 4 - Séparé
 2 - Remarié 5 - Divorcé
 3 - Veuf 6 - Célibataire
 (jamais marié)

2 Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ? (depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié)
 ans mois

3 Êtes-vous satisfait de cette situation ?
 0-Non 1-Indifférent 2-Oui

***4** Conditions de vie habituelles (au cours des 3 dernières années)

 1 - avec conjoint et enfants
 2 - avec conjoint seulement
 3 - avec enfants seulement
 4 - avec parents
 5 - avec famille
 6 - avec amis
 7 - seul
 8 - environnement contrôlé
 9 - conditions de vie instables

5 Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ? (depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille)
 ans mois

6 Êtes-vous satisfait de ces conditions de vie ?
 0-Non 1-Indifférent 2-Oui

Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des problèmes

6A d'alcool

6B de substances non prescrites

7 Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ?
 1-famille 2-amis 3-seul(e)

8 Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre ?
 0-Non 1-Indifférent 2-Oui

9 Combien d'amis intimes avez-vous ?

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites, durant de longues périodes, avec des personnes de votre entourage proche.

Mère
 Père
 Frère/soeur
 Épouse/partenaire sexuel
 Enfants
 Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :
 0-Non 1-Oui

10 Mère 30 derniers jours dans votre vie

11 Père

12 Frères/soeurs

13 Épouse/partenaire sexuel

14 Enfants

15 Autre parent important à vos yeux :

16 Amis intimes

17 Voisins

18 Camarades de travail

Est-ce que certaines de ces personnes ont abusé de vous :
 0-Non 1-Oui 30 derniers jours dans votre vie

18A Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)

18B Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)

18C Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

19 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?
 Avec votre famille
 Avec d'autres personnes (famille exclue)

Questions 20 et 23 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces :

20 problèmes familiaux ?

21 problèmes sociaux ?

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces :

22 problèmes familiaux ?

23 problèmes sociaux ?

Évaluation de sévérité par l'interviewer

24 Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide social ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

25 Volontairement par le patient
 0 - Non 1 - Oui

26 Par son incapacité à comprendre
 0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

ETAT PSYCHIATRIQUE

***1** Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels ?
dans un hôpital
en externe ou dans le privé

2 Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ?
0 - Non 1 - Oui

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de drogue ou d'alcool) au cours de laquelle vous avez :
0 - Non 1 - Oui 30 derniers jours dans votre vie

3 eu une dépression grave

4 souffert d'une anxiété ou d'une tension grave

5 connu des hallucinations

6 eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir

7 éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent

8 eu de sérieuses idées de suicide

9 tenté de vous suicider

10 un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel

11 Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

Questions 12 et 13 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

12 Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

13 Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

Les items suivants sont à compléter par l'interviewer

Au moment de l'entretien, le patient est :
0 - Non 1 - Oui

14 Manifestement déprimé/renfermé

15 Manifestement hostile

16 Manifestement anxieux/nerveux

17 Le patient a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, déni

18 Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir

19 Il a des pensées suicidaires

Évaluation de sévérité par l'interviewer

20 Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

21 Volontairement par le patient
0 - Non 1 - Oui

22 Par son incapacité à comprendre
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

Bibliographie

- [1] CYTEL Software Corporation. *StatXact 5 for Windows*, 2001.
- [2] Dixon W.J., éditeur. *BMDP statistical software*. University of California Press, 1992.
- [3] Francis B., Green M. et Payne C., éditeurs. *Glim 4 the statistical system for generalized linear interactive modelling*. Oxford University Press, 1993.
- [4] Grabot D., Auriacombe M., Martin C. et al. L'Addiction Severity Index: un outil d'évaluation fiable et valide des comportements de dépendance. In *Comptes-rendus du LXXX^e Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, volume IV, pp. 213–9, 1992.
- [5] McCullagh P. et Nelder J.A. *Generalized linear models*, Monographs on statistics and applied probability. Chapman and Hall, London, 2^e édition, 1989.
- [6] McLellan A.T., Kushner H., Metzger D.S. et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J. Subst. Abuse Treat.*, 9:199–213, 1992.
- [7] Metha C.R. et Patel N.R. A network algorithm for performing Fisher's exact test in $r \times c$ contingency tables. *JASA*, 78:427–434, 1983.
- [8] Palle C., Bernard C., Sévinier E. et Morfini H. Exploitation des rapports d'activité-type des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, 1998-2001. Rapport technique, OFDT, Octobre 2003.

Index

A

alcool, 25, 27
 algorithme aléatoire ELF, 12
 ARH, 7, 10
 ASI
 questionnaire, 7, 11, 12, 51, 53
 score composite, 7, 11, 12, 51

B

benzodiazépines, 25, 27

C

cannabis, 26
 CCPRB, 7, 11
 CNIL, 7, 11
 comportement à risque, 25, 28
 conditions de vie, 32
 conseil général du Bas-Rhin, 7, 10
 consommation
 alcool, 25, 27
 benzodiazépines, 25, 27
 cannabis, 26
 drogues, 25
 polyconsommation, 25, 26
 CSP, 44

D

distribution
 âge, 19
 conditions de vie, 32
 consommation de drogues et d'alcool,
 26
 CSP, 44
 inculpations, 47
 niveau d'étude, 44
 pathologies, 35
 problèmes psychiatriques, 40
 sexe, 19
 suivis conventionnels, 19
 suivis en microstructure, 19

DRASS, 7, 10
 drogues, 25

E

échantillon, 15
 emploi, 43
 Espace indépendance, 7, 9
 état
 médical, 35
 psychiatrique, 39
 étude
 critère d'évaluation, 11
 échantillon, 15
 effectifs, 20
 nombre de sujets nécessaire, 12
 puissance, 12
 risque de première espèce, 12
 taux de perte, 15
 taux de rétention, 17

F

FAQSV, 10

H

hospitalisation, 35

I

inculpations, 47
 injection, 25, 28

L

Laboratoire d'épidémiologie et de santé pu-
 blique, 9
 logiciel statistique
 BMDP dynamic, 13
 GLIM 4, 13
 StatXact 5, 13

M

méthadone
 initialisation, 7, 25, 28, 51

traitement par, 7, 28, 51
 microstructure
 concept, 7, 9
 distribution des suivis, 19
 localisation, 17
 suivi en, 9
 synergie des suivis, 7, 19, 51
 synthèse, 7, 9, 12
 unité de lieu, 7
 MILDT, 7, 10

N

niveau d'étude, 44
 nombre de sujets nécessaire, 12
 numéro d'anonymat, 12

P

pathologies chroniques, 35
 polyconsommation, 25, 26
 problèmes psychiatriques, 40
 puissance, 12

R

régression
 de Poisson, 13, 20
 linéaire multiple stratifiée, 12, 27, 33,
 36, 41, 45, 49
 log-linéaire, 13, 20
 relations sociales, 31
 ressources, 43
 risque de première espèce, 12

S

score composite, 11, 12
 alcool, 7, 12, 27, 51
 drogues, 7, 12, 26, 27, 51
 emploi, 7, 12, 43, 45, 51
 légal, 7, 12, 47, 49, 51
 médical, 7, 12, 35, 36, 51
 psychiatrique, 7, 12, 39, 51
 relations sociales, 7, 12, 31, 33, 51
 situation légal, 47
 suivi
 conventionnel, 7, 9, 11, 19, 51
 distribution, 19
 en microstructure, 9, 19
 en microstructure, 11
 synergie, 20

synergie des suivis, 7, 19, 20, 51
 synthèse, 7, 9, 12

T

taux de rétention, 12, 17

U

URCAM, 7, 10

V

ville de Strasbourg, 7, 10
 violence, 40