



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins

**Recommandations de la commission d'audition**

**Mai 2007**

Le rapport de la commission d'audition est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé  
(Service communication)

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Abréviations</b> .....	<b>2</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>3</b>
1.1 Promoteur .....	3
1.2 Objectifs principaux de l'audition publique .....	3
1.3 Limitation du thème et patients concernés.....	3
1.4 Intervenants concernés par les recommandations .....	4
<b>2. Quelles démarches de soins et d'accompagnement ? Repérage, entrée dans le système de soins et évaluation</b> .....	<b>4</b>
2.1 Repérage des polyconsommations problématiques .....	4
2.2 Démarche d'évaluation.....	6
<b>3. Quelles modalités et chronologie de prise en charge ?</b> .....	<b>7</b>
3.1 Prise en charge thérapeutique .....	7
3.2 Modalités de prise en charge .....	8
3.3 Situations particulières .....	9
<b>4. Spécificités de prise en charge de certaines populations</b> .....	<b>10</b>
4.1 Adolescents .....	10
4.2 Femmes enceintes et périnatalité .....	11
4.3 Seniors .....	12
4.4 Population carcérale.....	12
4.5 Populations précaires.....	13
4.6 Sportifs .....	13
<b>5. Programmes de formation et études</b> .....	<b>14</b>
5.1 Programmes de formation.....	14
5.2 Études .....	15
<b>Annexe 1. Questionnaire ADOSPA</b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe 2. Questionnaire ASI</b> .....	<b>18</b>
<b>Méthode <i>Audition publique</i></b> .....	<b>30</b>
<b>Participants</b> .....	<b>33</b>
<b>Fiche descriptive</b> .....	<b>36</b>

## Abréviations

ADOSPA	version française du questionnaire CRAFFT (Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis-famille)
ALD	affection de longue durée
AMPD	antenne médicale de prévention du dopage
ASI	<i>Addiction Severity Index</i>
BZD	benzodiazépines
CAARUD	centre d'accueil et d'accompagnement de réduction des risques des usagers de drogues
CIM-10	classification internationale des maladies-10 <sup>e</sup> révision
CRAFFT	<i>Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble</i>
CSAPA	centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
ELSA	équipe de liaison spécialisée en addictologie
FFA	Fédération française d'addictologie
FMC	formation médicale continue
OPPIDUM	observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
SPA	substance psycho-active
SPIP	service pénitentiaire d'insertion et de probation
TREND	tendances récentes et nouvelles drogues
TSO	traitement substitutif aux opiacés
UCSA	unité de consultation et de soins ambulatoires
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

# Recommandations

## 1. Introduction

### 1.1 Promoteur

Ces recommandations ont été rédigées par la commission de l'audition publique « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins » organisée par la Haute Autorité de santé à la demande de la Fédération française d'addictologie (FFA).

### 1.2 Objectifs principaux de l'audition publique

Les objectifs de cette audition publique sont de :

- sensibiliser tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de diverses addictions à la question des polyconsommations et à la nécessité d'une prise en charge décloisonnée ;
- proposer à ces professionnels des recommandations opérationnelles ;
- proposer des études, programmes et formations à mettre en place.

La prévention des conduites de polyconsommation n'est pas abordée.

### 1.3 Limitation du thème et patients concernés

Ces recommandations concernent la prise charge des patients ayant une polyconsommation de substances psycho-actives (SPA). La commission d'audition a choisi de restreindre le champ des polyconsommations aux personnes consommant au moins deux SPA, de façon simultanée ou séquentielle rapprochée, avec pour au moins une de ces conduites la notion d'un usage nocif ou d'une dépendance (cf. CIM-10).

La notion de polyconsommation avec la multiplicité de ses configurations concrètes est un argument parmi beaucoup d'autres pour préférer le terme de polyconsommation de SPA à tout autre et tout particulièrement à celui d'usage de drogues, le mot drogue contribuant à renforcer la stigmatisation des substances illicites ainsi

qu'à empêcher une prise en compte suffisante des différents produits consommés en association.

Ces recommandations s'articulent autour des chapitres suivants :

- démarches de soins et d'accompagnement, repérage, entrées dans le système de soins et évaluation ;
- modalités et chronologie de prise en charge ;
- spécificités de la prise en charge de certaines populations.

## 1.4 Intervenants concernés par les recommandations

Les intervenants concernés sont, selon les chapitres abordés :

- l'entourage ;
- les acteurs du champ éducatif et social ;
- les acteurs du milieu pénitentiaire ;
- les acteurs et les différentes structures du système de soins ;
- les institutionnels.

## 2. Quelles démarches de soins et d'accompagnement ? Repérage, entrée dans le système de soins et évaluation

### 2.1 Repérage des polyconsommations problématiques

L'objectif est que la prise en compte des polyconsommations soit identique à tout autre facteur de risque pouvant entraîner des dommages aussi bien somatiques que psychiques ou sociaux. Tout repérage intègre de fait une dimension de prévention et éventuellement de soins. Il s'inscrit dans une politique globale de réduction des risques, d'allongement de l'espérance de vie et d'amélioration de la qualité de vie. Le repérage des polyconsommations problématiques et les interventions les plus précoces possible font partie des stratégies de soin.

Dans le système de soins, les intervenants de première ligne que sont notamment le médecin traitant, le service de santé au travail, en milieu scolaire et de médecine préventive, le pharmacien et les personnels des services d'accueil et d'urgence devraient **rechercher systématiquement des polyconsommations**, avec le souci de susciter chez le patient une prise de conscience des risques qui leur sont liés et une motivation au changement.

Concernant les structures et équipes plus spécialisées, notamment addictologiques, il est essentiel que l'approche par comportements d'abus et de dépendance, plutôt que par produits, s'intensifie et se généralise de façon à prendre en compte, au-delà de la SPA d'appel, l'ensemble des conduites addictives repérées et évaluées. Il en va de même pour les patients suivis en psychiatrie chez qui les polyconsommations sont très significativement plus présentes que dans la population générale.

### ► **Actions d'information**

La commission d'audition recommande :

- de mener des campagnes d'information du grand public sur les risques des conduites de polyconsommation, afin de créer un environnement favorable à l'émergence de demandes d'aide ou soins qui ne privilégient pas abusivement un produit par rapport à d'autres ;
- d'élaborer et assurer la diffusion au grand public d'outils d'auto-évaluation (en particulier consommations tabac-alcool, alcool-tabac-cannabis, alcool-médicaments) facilitant la prise de conscience et contribuant à un changement des représentations et attitudes ;
- d'inviter les associations d'usagers à sensibiliser les publics à la dangerosité des polyconsommations ;
- d'améliorer la lisibilité du dispositif de soins aussi bien pour les professionnels que pour les usagers et leur entourage ;
- de développer l'offre de formation sur le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes ayant des conduites de polyconsommation de SPA (formation initiale et continue) ;
- de favoriser l'émergence de structures d'écoute téléphonique dédiées aux professionnels comme aide à leurs pratiques<sup>1</sup> ;
- de développer le dossier pharmaceutique informatisé afin de faciliter le repérage par le pharmacien.

### ► **Repérage**

La commission d'audition rappelle que :

- une consommation peut en cacher d'autres : devant une consommation identifiée, il faut rechercher systématiquement d'autres consommations afin de réduire les risques et les dommages qui leur sont liés ;
- l'association à d'éventuelles addictions purement comportementales est possible ;

---

<sup>1</sup> cf. expérience belge de « *help center* » destiné aux professionnels.



- l'attente d'une demande de soins ne suffit pas : le repérage et l'évaluation des polyconsommations doivent devenir une préoccupation de tous les acteurs en contact avec les publics, quels que soient l'âge, le profil socioprofessionnel des sujets, en tenant compte des interactions bio-psycho-sociales, de leur inscription dans des parcours de vie et des contextes différents ;
- le repérage et l'évaluation des consommations problématiques doivent pouvoir s'appuyer sur des outils fiables, simples et validés : l'élaboration et la validation (y compris au travers d'études de faisabilité auprès des acteurs de première ligne) d'un outil transversal simple, comportant une version adulte et une version senior, sont une priorité (à l'image de ce que constitue pour les adolescents le CRAFFT-ADOSPA).

## 2.2 Démarche d'évaluation

Un ou plusieurs entretiens cliniques permettent une évaluation des facteurs de gravité, des dommages et de la motivation du patient au changement.

L'évaluation des facteurs de gravité et des dommages de tous ordres est indispensable à l'élaboration d'un projet de soins et à l'orientation adaptée du patient. C'est notamment le cas pour les comorbidités psychiatriques à rechercher et à prendre en charge systématiquement.

Les dommages sociaux représentent parfois une véritable urgence et nécessitent une évaluation spécifique par un professionnel du champ socio-éducatif.

La motivation au changement doit être considérée comme un processus dynamique. Elle doit être évaluée et peut être renforcée, notamment par des entretiens motivationnels, dans le respect de l'autonomie de l'intéressé.

L'entretien permet de réfléchir avec la personne aux fonctions que prend la consommation des produits dans la conduite et la forme de son existence. Il permet notamment :

- de repositionner cette polyconsommation dans son histoire ;
- d'évaluer les capacités de sa famille et de son entourage à participer au projet de soins ;
- d'évaluer les implications sociales de ses polyconsommations ;
- de prendre en compte les comorbidités connues et d'en rechercher d'autres.



Un entretien standardisé tel que l'*Addiction Severity Index* (ASI) peut être utilisé pour systématiser le recueil des informations dans les situations complexes (intrication de consommations, de dommages et comorbidités notamment).

La commission d'audition recommande :

- d'élargir systématiquement la démarche d'évaluation à l'ensemble des consommations ;
- d'intégrer dans cette évaluation la dimension psychosociale ;
- d'intégrer également les savoirs profanes des patients ;
- de mieux diffuser et former les professionnels à la passation d'outils standardisés d'évaluation, en particulier l'ASI encore peu utilisé et qui gagnerait à être mis à disposition comme examen complémentaire sur prescription.

### **3. Quelles modalités et chronologie de prise en charge ?**

#### **3.1 Prise en charge thérapeutique**

La prise en charge thérapeutique des sujets ayant des polyconsommations problématiques doit chaque fois que cela est possible privilégier un abord de toutes les différentes consommations.

Les sevrages conjoints (simultanés ou successifs), dont l'intérêt est validé par les données de la littérature internationale, doivent être promus.

Dès lors qu'il apparaît que la durée d'abstinence à la SPA de dépendance d'appel est réduite en cas de maintien de l'usage d'une ou plusieurs autres SPA, une invitation à l'arrêt de celles-ci doit être faite systématiquement par une information éclairée du patient sur les conséquences du maintien de la polyconsommation. Son but est de concilier les objectifs de soin, les priorités en termes de réduction des risques et ce que le patient souhaite et peut accepter pour le moment.

Si, malgré les efforts d'information, la personne préfère la prise en charge de l'usage problématique d'une seule SPA, cette prise en charge ne peut lui être refusée *a priori*.

La commission d'audition recommande :

- de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes SPA consommées en association ;
- de ne jamais refuser *a priori* la prise en charge de l'usage problématique d'une seule SPA si, malgré les efforts d'information, la personne le demande.

### **3.2 Modalités de prise en charge**

Les médicaments psycho-actifs simples à utiliser en cas de consommations isolées peuvent induire, en cas de polyconsommations, un certain nombre de risques. Des conditions de délivrance et de suivi particulières, de façon quotidienne dans les structures addictologiques spécialisées, doivent permettre de réduire ces risques.

La combinaison et l'intégration des différentes prises en charge sont une garantie de l'efficacité des soins. Elles associent dans un cadre pluridisciplinaire interventions psychologiques et psychothérapeutiques ainsi qu'accompagnement socio-éducatif.

L'exigence d'articulation entre les différents acteurs et les différentes structures de soins et d'accompagnement est essentielle.

Les associations d'entraide et d'autosupport tiennent une place importante dans l'ensemble de cette démarche, en complémentarité des professionnels du soin.

Un référent unique devrait assurer la continuité de la prise en charge au long cours pour les personnes en situation de polyconsommation. Ce référent pourrait être un professionnel d'un réseau ou d'une équipe spécialisée.

Dans le cas des polyconsommations les plus sévères, des traitements résidentiels prolongés sur plusieurs mois sont nécessaires. Les structures adaptées sont insuffisamment disponibles actuellement.

La commission d'audition recommande :

- d'inciter chaque établissement de santé, public ou privé, à s'organiser pour effectuer des sevrages thérapeutiques pour toutes les SPA, en particulier dans le cadre d'unités de soins addictologiques conformément aux préconisations du plan national addiction ;

- d'encourager les structures spécialisées dans l'accueil et le soin d'une addiction particulière à s'engager dans la prise en charge des polyconsommations problématiques ;
- d'adapter les structures de traitements résidentiels prolongés pour permettre la prise en charge des patients ayant des conduites de polyconsommation plus sévères. Leur nombre doit être augmenté et leur répartition géographique planifiée ;
- de réaliser des actions de formation sur les polyconsommations pour les différents professionnels, aussi bien dans le cadre de la formation initiale que continue, et tout particulièrement vis-à-vis des associations les plus fréquentes (alcool-tabac, alcool-tabac-cannabis, alcool-médicaments), pour favoriser la prise en charge conjointe des différentes consommations ; ces formations doivent être étendues à tous les acteurs du repérage et de l'accompagnement ;
- d'adapter la réglementation pour permettre et faciliter la délivrance quotidienne de l'ensemble des médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge globale aussi bien en pharmacie d'officine que dans les structures spécialisées (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] et consultations hospitalières pluridisciplinaires d'addictologie) ;
- de remédier aux inégalités actuelles en matière d'admission en affections de longue durée (ALD), par exemple en cas de traitement de substitution des opiacés (TSO), dans le cadre de l'évolution du dispositif existant ;
- de promouvoir l'identification d'un référent unique garant de la continuité et de la cohérence des soins ;
- de favoriser la place des associations d'entraide et d'auto-support dans les parcours de soins.

### **3.3 Situations particulières**

Chez une personne dépendante qui se retrouve en situation de sevrage contraint à l'occasion d'une hospitalisation pour des raisons autres qu'addictologiques, un traitement médical symptomatique doit être instauré, par exemple :

- substituts nicotiques à posologie suffisante pour le fumeur de tabac ;
- TSO pour l'utilisateur dépendant d'opiacés ;
- posologie adaptée de benzodiazépines (BZD) chez l'utilisateur dépendant des BZD ainsi que chez l'utilisateur dépendant de l'alcool.

L'expérience de traitement symptomatique peut constituer un premier pas vers un sevrage ou une prise en charge spécifique. Pour une personne en rémission stable avec un traitement, notamment un TSO, ce traitement ne doit pas être discriminatoire quant à l'accès à d'autres prises en charge, résidentielles, psychosociales ou psychiatriques.

## **4. Spécificités de prise en charge de certaines populations**

### **4.1 Adolescents**

L'ADOSPA<sup>2</sup>, outil d'auto-évaluation transversale permettant repérage et prise de conscience des polyconsommations problématiques à cet âge, doit faire l'objet d'une diffusion très large, non seulement au niveau des professionnels concernés, mais également des acteurs de terrain dans une perspective d'éducation à la santé.

L'absentéisme scolaire est un indicateur majeur de polyconsommations à cet âge et doit, de même que d'autres modalités de désocialisation et de passage à l'acte, attirer l'attention des adultes et conduire à des stratégies d'interventions.

L'adolescent doit être informé des risques actuels et futurs (overdose, troubles somatiques, psychiatriques, alcoolisation fœtale) liés à ses consommations.

La place du corps est fondamentale et participe à la revalorisation de l'estime de soi de l'adolescent. Elle implique une constante attention dans la prise en charge : examen clinique systématique, information et éducation à la santé, thérapies corporelles.

Il est recommandé d'adapter les structures d'addictologie aux spécificités de l'accueil et du suivi des adolescents et les structures de prise en charge des adolescents aux spécificités de l'addictologie : travail en réseau, formation commune, échanges de pratiques, formation des professionnels aux thérapies familiales.

---

<sup>2</sup> Cf. annexe 1



Dans les situations les plus graves, les adolescents doivent être orientés vers des lieux d'accueil spécialisés et de nouveaux lieux d'hébergement doivent leur être dédiés<sup>3</sup>.

Interventions brèves et thérapies familiales sont des modalités thérapeutiques validées qui doivent être développées.

## **4.2 Femmes enceintes et périnatalité**

L'impact des polyconsommations durant la grossesse, notamment pour l'enfant à naître, justifie que des mesures de prévention particulières soient prises à l'intention des femmes enceintes.

Il est recommandé de réaliser des campagnes d'information destinées aux professionnels et au grand public sur les conséquences des polyconsommations sur le fœtus et le nouveau-né.

La polyconsommation doit être évoquée comme tout autre sujet dès le premier examen prénatal et pendant toutes les consultations préventives de grossesse, notamment lors de l'entretien obligatoire du quatrième mois, et particulièrement lorsque le médecin ou la sage-femme ont repéré des éléments cliniques inexplicables (retard de croissance, etc.).

Dans chaque équipe obstétricale, il est recommandé :

- d'identifier un référent en addictologie susceptible d'intervenir après un premier repérage pour permettre l'instauration d'un suivi spécialisé (place des équipes de liaison spécialisées en addictologie) ;
- de sensibiliser et de former des professionnels au repérage des polyconsommations ;
- d'étudier un mode d'intégration du père dans les structures relais mère-enfant ;
- d'anticiper la sortie de maternité en construisant un projet de prise en charge spécialisée de façon à prévenir les rechutes.

Le recours à la contraception doit être renforcé et les modes de contraception doivent être adaptés aux spécificités des femmes présentant des polyconsommations.

Il est recommandé d'améliorer l'articulation entre les structures d'addictologie et les centres de planification, notamment par le développement d'un partenariat entre les réseaux périnataux et les

---

<sup>3</sup> Compte tenu du nombre d'adolescents pouvant bénéficier de ces lieux d'accueil spécialisés, la création de tels centres est une nécessité au niveau national.

réseaux d'addictologie (tenant compte des expériences réussies dans ce domaine au niveau national).

### **4.3 Seniors**

Chez les seniors les polyconsommations restent mal connues et un sujet plus ou moins tabou. Elles sont pourtant susceptibles de créer ou majorer des troubles cognitifs et des risques de chutes. L'abord addictologique adapté n'est en aucun cas contre-indiqué par l'âge.

Sont essentielles :

- l'information non culpabilisante des seniors sur les risques, en particulier cognitifs, des consommations ;
- la prise en compte d'un contexte de fragilité qui impose de respecter tout particulièrement les recommandations existantes d'utilisation des psychotropes chez les sujets âgés souvent déjà polymédicamentés ;
- la prise en charge de la souffrance psychique et de la dépression liées à l'isolement, la vie en institution, la perte des liens familiaux ;
- la prise en compte et la recherche d'un appui dans l'entourage de la personne (aussi bien familial qu'institutionnel) pour construire un projet de soins.

### **4.4 Population carcérale**

Dans la population carcérale la prévalence des conduites addictives est très élevée, avec de fréquentes comorbidités psychiatriques. La continuité des traitements et des suivis spécialisés au moment de l'incarcération comme après la sortie de prison est essentielle.

La commission d'audition recommande de :

- garantir la non-rupture des traitements dès la garde à vue et lors de l'entrée en détention ;
- favoriser le démarrage des traitements des addictions, notamment des TSO et substituts nicotiniques, pendant l'incarcération ;
- préparer la sortie en assurant la continuité du soin, la prise en charge sociale, le lien avec les réseaux relais, avec le souci de la réduction des risques (overdose notamment) ;
- former à la prise en compte des polyconsommations les personnels des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), tout en favorisant l'intégration de ces structures aux réseaux existants ou à créer.

## 4.5 Populations précaires

Dans le champ de la précarité, l'articulation entre l'accompagnement social et sanitaire nécessite des réponses et des ajustements adaptés à cette population.

Les lieux d'accueil bas seuil et les structures de réduction des risques (centres d'accueil et d'accompagnement de réduction des risques des usagers de drogues [CAARUD] notamment) constituent souvent la première étape d'une approche s'inscrivant dans la durée pour laquelle des structures d'hébergement bas seuil font défaut.

La commission recommande donc :

- de créer des structures d'hébergement adaptées au mode de vie de ces populations, s'inscrivant dans la durée et permettant le démarrage ou la continuation des prises en charge des polyconsommations et des pathologies associées (VIH, VHC, cancers, etc.) ;
- d'améliorer l'accessibilité des structures existantes ;
- d'élargir la palette des traitements de substitution (molécules, galéniques, etc.) ;
- d'améliorer les outils de dépistage (tests rapides) et de diagnostic non invasif (type fibrotests et fibroscan pour les pathologies hépatiques dues au VHC), ainsi que d'élargir la palette d'outils de réduction des risques (stérifilt, éducation à l'injection, testing en milieu festif) ;
- de développer le rôle de la médiation médico-sociale et culturelle (interprète, écrivain public) ;
- de favoriser la formation initiale et continue des professionnels sanitaires et sociaux sur les thèmes de la santé-précarité ;
- de garantir des possibilités d'accompagnement de proximité sur tout le territoire national.

## 4.6 Sportifs

Chez les sportifs, polyconsommations et pratiques dopantes peuvent être intriquées de façon complexe. L'articulation entre les médecins des fédérations sportives et les antennes médicales de prévention du dopage (AMPD), elles-mêmes en lien avec les structures addictologiques, doit permettre de prendre en compte cette complexité, et tout particulièrement au moment de l'arrêt de la carrière sportive.

La commission recommande de :

- sensibiliser et informer les sportifs sur les risques des consommations et du dopage ;



- mettre en place des modalités d'accompagnement de l'arrêt de la pratique sportive, notamment de haut niveau, à travers la poursuite des évaluations réglementaires au moins trois ans au-delà de l'arrêt de la compétition par ces sportifs.

## **5. Programmes de formation et études**

### **5.1 Programmes de formation**

L'efficacité des différentes interventions repose en grande partie sur la cohérence des acteurs et leur capacité à offrir un cadre thérapeutique ou éducatif structuré. La commission d'audition insiste en conséquence sur la nécessité de conduire une politique volontariste de formation afin de donner à tous les intervenants une culture commune concernant les modalités de repérage, d'évaluation et de prise en charge.

Dans cette perspective, la commission d'audition recommande de :

- développer l'offre de formation (initiale et continue) sur les polyconsommations : inscrire comme thème prioritaire de formation médicale continue (FMC) les consommations et en particulier les polyconsommations ;
- développer des formations au repérage et à l'orientation dans les nouveaux dispositifs en addictologie : en priorité urgentistes, médecins traitants, intervenants scolaires, sociaux et du monde du travail ;
- proposer aux intervenants en addictologie des formations à l'approche transversale des polyconsommations en termes de repérage, d'évaluation et de prise en charge ;
- favoriser les formations conjointes à l'intention de différents professionnels de façon à contribuer à la constitution de réseaux pluridisciplinaires ;
- développer la formation des professionnels concernés à la pratique des entretiens motivationnels en addictologie ;
- développer la formation au sevrage conjoint, en particulier alcool, tabac et cannabis, du fait de la prévalence de ces polyconsommations dans la population ;
- développer des actions de formation à la thérapie familiale et de groupe, insuffisamment développées dans notre pays.

## 5.2 Études

La commission d'audition observe que la revue de la littérature et les interventions des experts au cours de l'audition publique ont mis en évidence le manque de données scientifiques validées concernant l'épidémiologie et la prise en charge des polyconsommations de SPA en France. Elle insiste sur la nécessité de disposer d'études fiables afin, d'une part, de mieux fonder les décisions médicales, d'autre part, d'éclairer les choix de politiques publiques.

Il paraît donc indispensable de conduire les études suivantes :

- études sur les outils de repérage et d'évaluation :
  - conception et validation d'outils de repérage des conduites de polyconsommation et notamment d'un outil transversal simple, du type de ce qu'est l'ADOSPA pour les adolescents, mais pour les sujets adultes, avec une version spécifique pour les seniors,
  - conception et validation d'un outil simple d'évaluation des troubles cognitifs dans ces populations,
  - évaluation de l'applicabilité de ces outils en médecine générale ;
- études descriptives en population permettant un état des lieux :
  - mesure de la prévalence des conduites de polyconsommation problématiques et des caractéristiques des personnes étudiées (antécédents, facteurs économiques et sociaux, comorbidités, autres conduites à risque),
  - mesure de prévalence des polyconsommations dans le cas des accidents à répétition,
  - mesure de prévalence du mésusage et des dépendances éventuelles aux médicaments psychotropes dans le contexte de prescriptions renouvelées, mais aussi de l'automédication,
  - mesure de la prévalence des conduites de polyconsommation dans le cadre des pratiques sportives intensives ;
- études longitudinales (études de cohortes) permettant :
  - d'évaluer les profils de polyconsommations et les parcours de soins, en particulier chez les adolescents et en milieu carcéral,
  - d'évaluer l'effet de genre dans la polyconsommation,
  - d'évaluer les conséquences à long terme des traitements de la douleur en termes de polyconsommations de SPA ;
- études d'évaluation des différentes modalités de prise en charge notamment :
  - études d'impact des modalités de prise en charge éducative et sociale,
  - études d'impact des modalités de sevrage (simultanés, successifs) et de prévention des rechutes,

- études d'impact des injonctions thérapeutiques et autres modalités de soins sous contrainte,
- études de type recherche-action concernant les modalités de prise en compte des polyconsommations en milieu carcéral lors de l'entrée en détention, y compris des TSO ;
- études d'interaction de SPA diverses d'un point de vue pharmacologique tenant compte en particulier des nouvelles consommations (notamment sur la base des données TREND et OPPIDUM).

## Annexe 1. Questionnaire ADOSPA

C'est un autoquestionnaire. Les questions sont à choix fermé simple binaire. Sa passation dure environ 1 minute. Un score supérieur ou égal à 2 indique un risque modéré et un score de 3 ou plus indique un risque élevé<sup>4</sup>.

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (**auto**, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres **drogues** pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous **oublié** des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **seul(e)** ?
5. Avez-vous déjà eu des **problèmes** en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos **amis** ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

---

<sup>4</sup> Karila et al. sous presse.



# Annexe 2. Questionnaire ASI

## ADDICTION SEVERITY INDEX - TSR

Adaptation française

### INSTRUCTIONS

- 1) Ne laissez aucun blanc et utilisez les codes appropriés  
X : pas de réponse  
N : non concerné  
Utilisez un caractère par case
- 2) Les items entourés sont à poser en base et au suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de \*.
- 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 du tout) 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 GENERALES

N° DOSSIER

Date de   
l'entrevue : jour mois année

Heure début :

Heure fin :

Catégorie :  
1 – Base  
2 – Suivi

Code 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

NOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL

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 :   
jour mois année

6- Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en environnement contrôlé ?  
1 – NON  
2 – Prison, garde à vue  
4 – Traitement alcool ou drogue  
5 – Traitement médical  
6 – Traitement psychiatrique  
7 – Autre : .....

7- Combien de jours ?

### Profil de sévérité

9																				
8																				
7																				
6																				
5																				
4																				
3																				
2																				
1																				
0																				
PROBLEMES	Médical	Emploi / Ressources	Alcool	Substances	Tabac	Aut. Add. Sans subst	Situation légale	Fam./Soc.	Psychologique											

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 (Sérologie hépatite et VIH) ? 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 ? (hors 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 ?

**Question 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

3 - Sérologie hépatite et VIH ?

TSR - PROBLEMES DE SANTE

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ?	— —	— —
5. Avez-vous vu une infirmière ou un professionnel de la santé pour obtenir des soins ?	— —	— —
6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé :		
En consultation individuelle ?	— —	— —
En session de groupe ?	— —	— —



EMPLOI / RESSOURCES

<p>* 1 - Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans)    <input type="text"/> <input type="text"/> ans    <input type="text"/> <input type="text"/> mois</p> <p>* 2 - Formation ou études techniques    <input type="text"/> <input type="text"/> ans    <input type="text"/> <input type="text"/> mois</p> <p>3 - Avez-vous un métier, une profession, une compétence ? 0 - Non    <input type="checkbox"/> 1 - Oui (préciser) : .....</p> <p>4 - Avez-vous un permis de conduire valide ? 0 - Non    1 - Oui    <input type="checkbox"/></p> <p>5 - Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide répondez Non) 0 - Non    1 - Oui    <input type="checkbox"/></p> <p>6 - Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ?    <input type="text"/> <input type="text"/> mois    <input type="text"/> <input type="text"/> ans</p> <p>7 - Occupation actuelle (ou dernière occupation) Précisez : .....</p> <p>8 - Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre ? 0 - Non    1 - Oui    <input type="checkbox"/></p> <p>9 - (Si oui à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ? 0 - Non    1 - Oui    <input type="checkbox"/></p>	<p>10 - Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années    <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Temps plein (32 heures/semaine) 2 - Temps partiel (heures régulières) 3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée) 4 - Etudiant 5 - Service militaire 6 - Retraité / Invalidité 7 - Sans emploi 8 - Environnement contrôlé</p> <p>11 - Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours (y compris travail au noir) ?    <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?</p> <p>12 - Emploi (revenu net)    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>13 - Chômage    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>14 - Aide sociale    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>15 - Pension    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>16 - Conjoint, famille, amis ou gains    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>17 - Illégal    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>18 - Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins ? (nourriture, logement, etc)    <input type="checkbox"/></p>	<p>19 - Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ?    <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Question 20 et 21 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</b></p> <p>20 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ?    <input type="checkbox"/></p> <p>21 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes d'emploi ?    <input type="checkbox"/></p> <p><b>Évaluation de sévérité par l'interviewer</b></p> <p>22 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ?    <input type="checkbox"/></p> <p><b>Évaluation de confiance</b></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>23 - volontairement par le patient 0 - Non    1 - Oui    <input type="checkbox"/></p> <p>24 - par son incapacité à comprendre 0 - Non    1 - Oui    <input type="checkbox"/></p>
--	--	--

COMMENTAIRES



**TSR – PROBLEMES D'EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIERES**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation ?		
Directement auprès d'une ANPE ?	— —	— —
Par l'intermédiaire d'une autre personne	— —	— —
4. Avez-vous fait des démarches auprès de l'assurance-chômage, de l'aide sociale, ou d'un autre organisme de ce type :		
Directement auprès de cet organisme ?	— —	— —
Par l'intermédiaire d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	— —	— —
5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d'emploi ou de ressources financières :		
En consultation individuelle ?	— —	— —
En session de groupe ?	— —	— —

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de \*.

**SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE**

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie
* <u>1</u> - alcool toute utilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>2</u> - alcool intox	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>3</u> - héroïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4a</u> - méthadone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4b</u> - buprénorphine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>5</u> - autres opiacés/ analgésiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>6</u> - barbituriques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>7</u> - autres sédatifs/ hyp/tranq	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>8</u> - cocaïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>9</u> - amphétamines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>10</u> - cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>11</u> - hallucinogènes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12</u> - inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* 13- plus d'une substance par jour



\* 12b- tabac





\* 12c- Autre addiction sans substance posant problème : \_\_\_\_\_ (précisez)  
0= non ; 1= oui

Si oui, 30 derniers jours

Toute la vie (en années)

14- Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal ?  
(Veuillez coder comme précédemment ou : 15-polysubstances;  
17-tabac ; 19 :autre addiction sans substance)

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

15- Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance - en mois - (00-jamais abstinent)

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

**Voie d'administration:** 1 = orale,  
2 = nasale, 3 = fumée, 4 = inj. non IV,  
5 = IV  
**Prescription :** 0 = non ; 1 = oui

**\*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 :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance


**\*19-** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance


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

- alcool
- substances (hors alcool et tabac)
- tabac
- autre addiction sans substance


**21-** Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours ? (y compris AA, NA)

--	--

**22-** Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance


**Question 23 et 24 : demander 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
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance


**24-** Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces:

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance


**Evaluation de sévérité par l'interviewer**

**25b-** Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

**25-** Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour :

- problème d'alcool
- problème de substances (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance


**Evaluation 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



### TSR – PROBLEMES LIES AUX DROGUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les drogues ?	— —	— —
8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA ?	— —	— —
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	— —	— —
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à la drogue :		
En consultation individuelle ?	— —	— —
En session de groupe ?	— —	— —

### TSR – PROBLEMES LIES A L'ALCOOL

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool ?	— —	— —
8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12 étapes ?	— —	— —
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	— —	— —
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool :		
En consultation individuelle ?	— —	— —
En session de groupe ?	— —	— —

SITUATION LEGALE

1 - Cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire (juge, policier, etc) ?  
0 - Non 1 - Oui

2 - Etes-vous en période de probation, de liberté conditionnelle ou dans un établissement pénal ?  
0 - Non 1 - Oui

Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculqué des délits et crimes suivants :

* 3	Vol à l'étalage, vandalisme		
* 4	Résistance à l'autorité (violation de probation)		
* 5	Usage et trafic de stupéfiants		
* 6	Escroquerie, faux et usage de faux		
* 7	Arme et explosif		
* 8	Vol avec effraction (cambriolage)		
* 9	Vol à main armée		
* 10	Agression		
* 11	Incendiaire		
* 12	Viol		
* 13	Homicide, meurtre		
* 14	A - Prostitution		
* 14	B - Outrage à magistrat		
* 14	C - Autre (préciser) : .....		

\* 15 - Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation ?

Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes ?

\* 16 - Désordre, vagabondage, ivresse publique.

\* 17 - Conduite en état d'ivresse (ou sous l'effet d'une substance)

\* 18 - Autre infraction majeure au code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, défaut de permis, etc.)

\* 19 - Combien de mois avez-vous été détenus dans votre vie ?

20 - Combien de temps a duré votre dernière détention ?

21 - Pour quelle raison étiez-vous détenu ? (7-20 et 22-24, en cas d'inculpations multiples, codez la plus grave)

22 - Etes-vous en instance d'inculpation de procès ou d'une sentence ?  
0 - Non 1 - Oui

23 - Pour quel motif ? (Si plusieurs motifs, codez le plus grave)

24 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu ?

25 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales ?

**Question 26 et 27 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective**

26 - Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ? (exclure les problèmes civils)

27 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ?

**Évaluation de sévérité par l'interviewer**

28 - Comment évaluez-vous son besoin de conseil juridique ?

**Évaluation de confiance**

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

29 - volontairement par le patient  
0 - Non 1 - Oui

30 - par son incapacité à comprendre  
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

TSR - PROBLEMES JUDICIAIRES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. A-t-on (soit vous, soit un organisme) pris contact avec une instance judiciaire (tribunaux, services de détention, de probation ou de libération conditionnelle) par rapport à vos problèmes judiciaires ?	— —	— —
4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes judiciaires :		
En consultation individuelle ?	— —	— —
En session de groupe ?	— —	— —



**HISTOIRE DE LA FAMILLE**

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

	<b>Côté Maternel</b>				<b>Côté Paternel</b>				<b>Fratric</b>		
	Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych
Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Consigne : Noter « 0 » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toute 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 degrés de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie

**TSR – PROBLEMES FAMILIAUX**

\* Combien de fois

	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en présence de votre famille :		
Avec un thérapeute familial ?	- _-	- _-
Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	- _-	- _-
4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en l'absence de votre famille :		
Avec un thérapeute familial ?	- _-	- _-
Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	- _-	- _-



RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

- \* 1 - Etat civil :  
1 - Marié                      4 - Séparé                        
2 - Remarié                    5 - Divorcé  
3 - Veuf                        6 - Célibataire

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

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

- \* 4 - Conditions de vie habituelles der 3 ans  
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 - pas de conditions de vie stables

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

- 6 - Etes-vous satisfait de ces conditions de vie ?  
0 - Non    1 - Oui                                        
Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des :  
0 - Non    1 - Oui

6 A problèmes d'alcool ?                        
6 B problèmes 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 ?                     

Consignes pour 9A à 18 :  
Noter « 0 » dans la case correspondante 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 degrés de parenté.

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 ?  
0 - Non    1 - Oui

- Mère  
Père  
Frère/sœur  
Epouse/partenaire sexuel(le)  
Enfants  
Amis

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

- 10 - Mère  
11 - Père  
12 - Frère/sœur  
13 - Epouse/partenaire sexuel(le)  
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 (10-18) ont abusé de vous :  
0 - Non    1 - Oui

- 18 A - Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)  
18 B - Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)  
18 C - Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

19 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?

Avec votre famille                        
Avec d'autres personnes (famille exclue)                     

Question 20 et 23 : demandez au patient 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 sociale ?                     

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 PSYCHOLOGIQUE

\* 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 substances) au cours de laquelle vous avez :

0 - Non 1 - Oui

30 dans  
der toute  
jours la 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- Epruvé des difficultés à réprimer un comportement violent    
8- Eu des 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, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

Question 12 et 13 : demandez au patient 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, 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

TSR - PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
5. Avez-vous en consultation, pratiqué un forme de relaxation de biofeedback ou de méditation :		
En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	— —	— —
En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	— —	— —
6. Avez-vous en consultation pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement :		
En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	— —	— —
En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	— —	— —
7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels :		
Avec un psychothérapeute ?	— —	— —
Avec un intervenant ou un autre théranoute		

## **Méthode *Audition publique***

La méthode *Audition publique* est l'une des méthodes utilisée par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations. Elle repose sur le travail d'une *commission d'audition* qui rédige en toute indépendance un *rapport d'orientation* et des *recommandations* au décours d'un débat public sur un problème de santé controversé. Le rapport d'orientation et les recommandations sont destinés à la fois aux décideurs en santé et aux professionnels de la santé, voire à des professionnels d'autres champs. Ils peuvent également contenir des messages spécifiquement destinés aux patients et aux usagers du système de santé.

La réalisation d'une audition publique est particulièrement adaptée lorsque :

- le thème traité correspond à un sujet de santé publique qui concerne tous les acteurs de la société, à la fois les institutionnels, les décideurs, les professionnels de la santé et d'autres domaines, les patients et les usagers. Il peut s'agir par exemple d'un problème de prise en charge, de prévention ou d'organisation des soins ;
- il existe des controverses ou des incertitudes majeures, et les données scientifiques sont soit rares et incertaines, soit d'interprétation difficile, discutée, voire franchement polémique ;
- le débat public entre experts, professionnels, patients et usagers apparaît indispensable pour discuter des données disponibles, faire entendre les avis divergents, écouter la parole des patients et usagers, éclairer et, si possible, résoudre les controverses ;
- les questions à traiter sont précises et peu nombreuses permettant un débat public de durée limitée (2 à 4 demi-journées) ;
- le travail attendu de la commission d'audition est d'abord de faire un état des lieux des connaissances, des incertitudes et des débats d'experts, permettant de proposer aux décideurs et aux professionnels des éléments d'orientation en santé publique et en termes d'organisation, de recherche et de prise en charge, et pas seulement de rédiger des recommandations ou un consensus professionnel.

### ***Choix du thème de travail***

Les thèmes d'auditions publiques sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

En cas d'audition publique, la méthode de travail comprend les étapes et l'intervention des groupes suivants.

### ***Comité d'organisation***

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, la recherche bibliographique à effectuer, les patients, les usagers et les professionnels concernés. Il désigne les experts amenés à prendre la parole lors de réunion publique. Il choisit les membres de la commission d'audition et en désigne le président, qui participe aux réunions du comité.

### ***Commission d'audition***

Une commission d'audition multidisciplinaire et multiprofessionnelle est constituée. Elle est composée de professionnels concernés par le thème, issus de champ de la santé ou d'autres domaines, et de représentants d'associations. Les membres de la commission d'audition ne sont pas nécessairement des non-experts du thème traité.

La sélection, l'analyse et la synthèse de la littérature médicale et scientifique pertinente sont effectuées par un chargé de projet (désigné par la HAS), voire par la commission d'audition elle-même. Des réunions de travail de la commission d'audition ont lieu avant la réunion publique pour lui permettre de prendre connaissance et débattre des données disponibles et des rapports d'experts, pour discuter du niveau de preuve des études identifiées, et pour préparer les questions à poser aux experts et le plan du rapport d'orientation.

### ***Experts***

Les experts sont choisis en raison de leur expérience, de leur compétence, de leur notoriété et de leurs publications sur le thème traité. Chaque expert rédige un rapport, remis à l'avance à la commission d'audition. Chaque expert synthétise les données publiées en soulignant ce qui lui paraît le plus significatif pour résoudre la question qui lui est posée, et donne son avis personnel, fruit de son expérience. Il en fait également une présentation synthétique au cours de la réunion publique et participe à l'intégralité des débats publics.

### ***Rédaction du rapport d'orientation et des recommandations***

La commission d'audition rédige son rapport d'orientation et ses recommandations dans les suites immédiates de la réunion publique. Elle finalise ensuite son travail lors d'une ou deux réunions de travail ultérieures. Le rapport d'orientation peut contenir des références bibliographiques utiles



à l'argumentation développée par la commission. Les études retenues sont critiquées et leur niveau de preuve est précisé.

### ***Rôle des instances de la HAS***

Le rapport d'orientation et les recommandations sont de la responsabilité de la commission d'audition. La *Commission Évaluation des stratégies de santé* de la HAS donne un avis sur les documents produits par la commission d'audition, que cette dernière prend en compte ou non. Le Collège de la HAS est informé du rapport d'orientation et des recommandations avant leur diffusion et rend si besoin un avis à la commission d'audition.

### ***Diffusion***

La HAS met en ligne sur son site ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) le rapport d'orientation, les recommandations et les rapports d'experts.

### ***Travail interne à la HAS***

Un chef de projet de la HAS assure la coordination de l'ensemble du travail et sa conformité avec les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Les langues retenues sont le français et l'anglais. Les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent d'apporter des informations à la commission d'audition pour construire son rapport d'orientation indépendamment des rapports des experts. Ces recherches sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés et les rapports d'experts permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information.

# Participants

## Commission d'audition

Pr Jean-Luc Vénisse, psychiatre, Nantes – Président de la commission d'audition

Pr Marc AURIACOMBE, psychiatre, addictologue, Bordeaux  
Dr François BOURDILLON, médecin de santé publique, Paris  
M. François BROSSARD, directeur d'association médico-sociale, Lyon  
Dr Marie-Véronique CONSTANT, médecin généraliste, Pithiviers  
Mme Hélène DAVID, travailleur social, directrice de CSST, Paris  
Mme Marie-Hélène DEBAR, sage-femme, Nancy  
Dr Yves HÉMERY, psychiatre, Saint-Brieuc  
M. François HERVÉ, psychologue, addictologue, association Aurore, Gagny  
Dr Éric HISPARD, addictologue, Paris  
Mme Aude LALANDE, sociologue, anthropologue, Act Up Paris, Paris  
Dr Élisabeth LAPEYRADE, médecin généraliste, Montreuil-sous-bois  
M. Bernard LÉGO, pharmacien d'officine, Mulhouse  
Dr Claude MAGNIN, médecin généraliste, Besançon  
Pr Michel MALLARET, pharmacologue clinicien, Grenoble  
M. Fabrice OLIVET, association ASUD (Autosupport Usagers de Drogues), Paris  
Dr Georges PICHEROT, pédiatre, Nantes  
Pr Élisabeth ROUVEIX, interniste, Boulogne-Billancourt  
M. Jean-Claude TOMCZAK, Fédération nationale des amis de la santé, Cocheren  
Dr Patrice DOSQUET, HAS, Saint-Denis  
M. Brice KITIO, HAS, Saint-Denis

## Comité d'organisation

Pr François PAILLE, addictologue, Fédération française d'addictologie, Nancy – Président du comité d'organisation

Dr Catherine BERNARD, médecin de santé publique, DGS/6B, Paris  
Pr Sylvain DALLY, addictologue, Fédération française d'addictologie, Paris  
Dr Jean-Michel DELILE, addictologue, Fédération française d'addictologie, Bordeaux  
Dr Étienne KAMMERER, médecin généraliste, addictologue, Fédération française d'addictologie, Mulhouse  
Dr Claudine GILLET, addictologue, Société française de tabacologie, Nancy  
Dr Alain MOREL, addictologue, Fédération française d'addictologie, Boulogne-Billancourt  
Dr Nicolas PRISSE, DGS, Paris

Dr Nathalie RICHARD, Afssaps, Unité stupéfiants et psychotropes, saint-Denis

M. Stéphane ROBINET, pharmacien d'officine, Strasbourg

M. Olivier ROMAIN, travailleur social, Association nationale des intervenants en toxicomanie, Metz

Dr Didier TOUZEAU, addictologue, Fédération française d'addictologie, Bagneux

Pr Jean-Luc VENISSE, psychiatre, Fédération française de psychiatrie, Nantes

Dr Patrice DOSQUET, HAS, Saint-Denis

M. Brice KITIO, HAS, Saint-Denis

## **Experts**

Dr Jean-Marie AUBIN, psychiatre, addictologue, Limeil-Brévannes

Dr Élisabeth AVREIL, psychiatre, addictologue, Paris

M. Jean-Marie BRUNIN, travailleur social, Lille

Dr Philippe CASTERA, généraliste, addictologue, Bordeaux

Dr Aimé CHARLES-NICOLAS, psychiatre, addictologue, Fort-de-France

M. François COSTES, épidémiologiste, Saint-Denis

Pr Sylvain DALLY, addictologue, Paris

Dr Jean-Michel DELILE, psychiatre, addictologue, Bordeaux

M. Dominique DUPREZ, sociologue, Lille

Dr Claudien GILLET, tabacologue, Nancy

Pr Pascale JOLLINET, pharmacologue, Nantes

Pr Georges LAGIER, pharmacologue, Paris

Dr Xavier LAQUEILLE, psychiatre, addictologue, Paris

Pr Claude LEJEUNE, pédiatre, Colombes

Dr Éric MANGON, psychiatre, addictologue, Bordeaux

Dr Anne MAHEUT-BOSSER, gériatre, Vandœuvre-lès-Nancy

Dr Laurent MICHEL, psychiatre, addictologue, Limeil-Brévannes

Dr Alain MOREL, psychiatre, addictologue, Boulogne-Billancourt

Pr François PAILLE, addictologue, Nancy

Pr Isidore PELC, psychiatre, addictologue, Bruxelles

Pr Dominique PENNEAU-FONTBONNE, interniste, Angers

Pr Michel REYNAUD, psychiatre, addictologue, Villejuif

Dr Emmanuel RICART, médecin de santé publique, Vandœuvre-lès-Nancy

Dr Alain RIGAUD, psychiatre, addictologue, Reims

M. Stéphane ROBINET, pharmacien d'officine, Strasbourg

Pr Xavier THIRION, médecin de santé publique, Marseille

Dr Didier TOUZEAU, psychiatre, addictologue, Bagneux

Dr Marc VALLEUR, psychiatre, addictologue, Paris

Dr Mathias WOHL, psychiatre, Colombes



## **Groupe bibliographique**

Mlle Estelle LAVIE, ingénieur de recherche, Bordeaux

Mlle Cécile DENIS, ingénieur de recherche, Bordeaux

Mme Élisabeth FELLINGER, biologiste, Strasbourg

Dr Hervé MARTINI, addictologue, Metz

Pr Pascal PERNEY, addictologue, Montpellier

## Fiche descriptive

<b>TITRE</b>	<b>Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins</b>
<b>Méthode de travail</b>	Audition publique
<b>Objectif(s)</b>	L'objectif est triple : <ul style="list-style-type: none"><li>- sensibiliser tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de diverses addictions à la question des polyconsommations et à la nécessité d'une prise en charge décloisonnée ;</li><li>- proposer à ces professionnels des recommandations opérationnelles ;</li><li>- sensibiliser les décideurs aux difficultés rencontrées et suggérer des études, programmes et formations à mettre en place.</li></ul>
<b>Professionnel(s) concerné(s)</b>	Les professionnels concernés sont selon les questions abordées : <ul style="list-style-type: none"><li>● les acteurs du champ éducatif et social ;</li><li>● les acteurs du milieu pénitentiaire ;</li><li>● les acteurs et les différentes structure du système de soins ;</li><li>● les institutionnels.</li></ul>
<b>Demandeur</b>	Fédération française d'addictologie
<b>Promoteur</b>	HAS
<b>Pilotage du projet</b>	Coordination : Dr Patrice Dosquet, chef de service, et M. Brice Kitio, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS Recherche documentaire (groupe bibliographique) : Mme Christine Devaud, avec l'aide de Mme Renée Cardoso, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)

<b>Participants</b>	<p>Sociétés savantes, comité d'organisation (président : Pr François Paille, addictologue, Nancy), experts, groupe bibliographique, commission d'audition (président : Pr Jean-Luc Vénisse, psychiatre, Nantes) (cf. liste des participants)</p> <p>Les membres de la commission d'audition, du comité d'organisation et du groupe bibliographique ont fourni une déclaration d'intérêts à la HAS.</p>
<b>Recherche documentaire</b>	De janvier 2000 à décembre 2006
<b>Auteurs du rapport et des recommandations</b>	Commission d'audition (président : Pr Jean-Luc Vénisse, psychiatre, Nantes)
<b>Validation</b>	Avis de la commission évaluation des stratégies de santé de la HAS en mai 2007. Avis du Collège de la HAS en mai 2007. Validation finale par la commission d'audition.
<b>Financement</b>	Fonds publics
<b>Autres formats</b>	Rapport de la commission d'audition téléchargeable gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>

HAS

Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

ISBN :