

CLINIQUE

Description de profils médicosociaux de sujets pharmacodépendants consultant en addictologie à partir d'une base de données informatique

Description of medicosocial profiles of pharmacodependent subjects consulting addictology centres using a computerized database

M.-G. Landreat^{a,*}, C. Victorri Vigneau^b, M. Grall Bronnec^c,
V. Sebillé-Rivain^b, J.-L. Venisse^d, P. Jolliet^e

^a Service d'addictologie, centre hospitalier des Pays-de-Morlaix, 15, rue Kersaint-Gilly, 29600 Morlaix, France

^b EA 4275, faculté de médecine et de pharmacie de Nantes, 5, rue Gaston-Veil, 44000 Nantes, France

^c Hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 1, France

^d University psychiatry and addictology department, hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

^e EA 4275, département de pharmacologie, faculté de médecine et de pharmacie de Nantes, 44000 Nantes, France

Reçu le 11 décembre 2009 ; accepté le 11 juin 2010

Disponible sur Internet le 8 juillet 2011

MOTS CLÉS

Dépendance ;
Substances
psychoactives ;
Profils ;
Base de données
informatique

Résumé

Introduction. – Toutes les dépendances aux substances psychoactives (SPA) partagent un socle commun clinique, génétique, environnemental et neurobiologique. Cependant, au-delà de ces similitudes, il existe des spécificités liées à la substance principale en cause. Notre expérience clinique nous a conduit à nous interroger sur les différences de profils des patients selon les SPA motivant la demande de soins.

Hypothèse principale. – Nous avons émis l'hypothèse que les profils médicosociaux des sujets consultants en addictologie différaient en fonction de la SPA principale motivant la demande de soins. Nous nous attendions à trouver des profils significativement différents selon le caractère licite ou illicite des SPA.

Matériel et méthode. – Nous avons recueilli prospectivement les données des consultations en addictologie pour une dépendance à une ou plusieurs SPA entre 1998 et 2007 en temps réel grâce à une base de données informatisée. Nous avons mené une analyse descriptive et comparative des variables médicosociales selon les SPA principales motivant les demandes de soins.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : mguillou@ch-morlaix.fr (M.-G. Landreat), caroline.vigneau@chu-nantes.fr (C. Victorri Vigneau), marie.bronnec@chu-nantes.fr (M. Grall Bronnec), veronique.sebille@univ-nantes.fr (V. Sebillé-Rivain), jeanluc.venisse@chu-nantes.fr (J.-L. Venisse), pascale.jolliet@univ-nantes.fr (P. Jolliet).

KEYWORDS

Substance related disorders;
Addiction;
Cannabis;
Heroin;
Benzodiazepine;
Alcohol;
Cocaine;
Software

Résultats. – Les profils des sujets dépendants aux SPA licites ou illicites se différencient par l'âge et le sexe. Par ailleurs, nous avons identifié cinq principaux profils médicosociaux selon les SPA principales suivantes : cannabis, opiacés, cocaïne, alcool et benzodiazépines. Ces profils différaient significativement selon les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe) et les comorbidités psychiatriques associées.

Discussion. – Il existe donc clairement des différences de profils médicosociaux selon les SPA motivant les demandes de soins. L'identification de ces profils est essentielle, en particulier, pour la prise en charge thérapeutique. Dans un contexte d'approche globale des addictions, nos résultats rappellent face à ces différences de profils que les approches thérapeutiques nécessitent des adaptations en fonction des SPA motivant les demandes de soins.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

Summary

Introduction. – Lots of similar vulnerabilities to substance use disorders are described in the literature: clinical, genetics, family, environment, etc. Although, when we follow up patients, we know perfectly well that there are also differences due to the substance mainly causing addiction. But we found very little research on the differences between various substance use disorders according to the substance mainly causing dependence.

Hypothesis. – Our main hypothesis was that significant differences do not exist in medical and social data between patients with substance use disorders according to the substance mainly used. We expected to find significant differences between illegal substance use disorders (opiates, cocaine, cannabis) and legal substance use disorders (BZD, alcohol).

Objective. – Our study aimed to identify differences between patients with substance related disorders in medical and social data according to the main addictive substance.

Material and method. – A specific software has been created by the CEIP and the Department of Addictology of Nantes University Hospital. Anonymous data were gathered and all patients gave their written consent. This database has been declared to CNIL (number 1350706). All data have been directly collected by the physician during medical consultation. The following data were recorded during the first medical examination: age, sex, illicit substance use, prior criminal record or psychiatric disorders, prior addictive behaviours among relatives and/or friends, family history (divorce, separation, abandonment). Other data were gathered prospectively: socioprofessional insertion, marital status, drug prescriptions (time and duration).

Results. – We found significant differences in social (age, sex) and medical data (prior psychiatric disorders) between patients according to the substance causing dependence. We identified five profiles depending on the substance: cannabis, cocaine, heroin, alcohol and benzodiazepine.

Discussion. – We clearly identified different types of patient's profiles according to substances mainly causing addiction. These differences can modify our strategies of prevention and treatment, so as to meet patients' needs better.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

Introduction

La dépendance aux substances psychoactives (SPA) est définie selon le DSMIV par des critères valables quelle que soit la SPA en cause [1]. Toutes les dépendances partagent un socle commun clinique [5], génétique, environnemental [6] et neurobiologique [1,4]. Ce socle est en partie commun avec les addictions comportementales telles que le jeu pathologique [13]. Ce regroupement transversal des addictions a d'ailleurs conduit à une politique commune en matière d'addictions et à la promotion de services d'addictologie prenant en charge tous les types d'addictions [8]. Cependant, au-delà de ces similitudes, il existe des spécificités liées aux objets de dépendance. Dans le cas des SPA, certaines variables sociodémographiques, médicales ou psychologiques des consommateurs varient selon la SPA principalement en cause. L'identification de ces spécificités est essentielle au niveau individuel pour une meilleure prise en charge des patients et au niveau collectif pour une

adaptation des politiques de soins. Ainsi, les usagers de cannabis sont souvent plus jeunes que les sujets consommateurs d'alcool [11] et ce constat a conduit, en 2005, à la mise en place de consultations adaptées spécifiquement aux jeunes consommateurs de cannabis [14].

Au CHU de Nantes, le service d'addictologie accueille des sujets présentant tous types d'addictions, en particulier, des dépendances à toutes substances depuis 1995, dans une unité intitulée « unité des addictions » jusqu'en 2003, puis service d'addictologie à partir de 2003. Notre pratique clinique nous a amenés à constater des différences de caractéristiques selon les motifs de consultation. Les modes et les types de consommation de SPA varient selon différentes variables ; le sexe et l'âge sont les plus facilement identifiables. Mais nous avons souhaité confirmer nos impressions cliniques et objectiver différents profils à partir d'un recueil systématique de variables. Nous avons émis l'hypothèse que les variables médicales et sociales diffèrent significativement selon la SPA principale motivant la

demande de soins chez les patients dépendants aux SPA et que nous pouvions mettre en évidence des profils médicosociaux différents selon la SPA principale motivant la demande de soins. Nous avons, en particulier, émis l'hypothèse que les profils seraient différents en fonction du caractère licite ou illicite des SPA.

Le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Nantes a conçu en articulation avec le service d'addictologie un outil informatique permettant la gestion informatique des données recueillies au cours des consultations depuis 1998.

Nous avons donc mené, grâce à cet outil, une étude descriptive prospective chez des sujets dépendants aux SPA. Notre objectif principal était de décrire et comparer des profils médicosociaux de sujets dépendants en fonction de la SPA principale motivant la demande de soins.

Matériel et méthode

L'outil informatique

L'outil informatique a été créé par le CEIP et le service d'addictologie du CHU de Nantes.

Les données sont anonymisées, les patients donnent leur consentement oral pour la saisie et l'exploitation des données cliniques. Cette base de données a été déclarée à la CNIL (numéro 1350706).

Les données sont saisies en temps réel lors des consultations par le médecin lui-même.

Les données recueillies concernent les caractéristiques à la première consultation (sexe, âge, substance motivant la consultation, antécédents judiciaires, psychiatriques, antécédents de conduites addictives dans l'entourage, histoire familiale: séparation/rupture/abandon) ainsi que l'ensemble des données collectées prospectivement (insertion socioprofessionnelle, situation familiale, données concernant la prescription de traitement).

Population cible

Nous avons inclus les patients consultant en addictologie entre 1998 et 2007 pour une dépendance à une ou plusieurs SPA.

Les patients inclus sont âgés de minimum 15 ans et trois mois, âge minimum légal nécessaire pour consulter en addictologie, il n'y a pas de limite maximum d'âge pour l'inclusion.

Le consentement oral des patients est recueilli, ainsi que celui des tuteurs légaux pour les sujets âgés de moins de 18 ans.

Hypothèse principale

Les variables médicales et sociales varient significativement selon la SPA principale motivant la demande de soins chez les patients dépendants aux substances. Nous pouvons mettre en évidence des profils médicosociaux différents selon la SPA principale motivant la demande de soins. Nous nous attendons à trouver des profils significativement différents selon le caractère licite ou illicite des SPA.

Analyse statistique

L'analyse descriptive comporte des estimations ponctuelles, effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, moyennes (minimum–maximum) pour les variables quantitatives.

Les tests de Fischer et le Chi² sont utilisés pour les analyses comparatives univariées.

Résultats

Analyse descriptive

Variables sociodémographiques

Sept cent cinquante-deux sujets ont été inclus. Soixante-dix pour cent étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 30 ans (15,5–68,5). Exactement, 43,6% des sujets avaient une activité salariée et 97,7% des sujets avaient une couverture sociale. La majorité était célibataire (70,2%) et sans enfants (67,3%).

Le nombre moyen de consultations par sujet était de 25 (1–139).

SPA principales et modalités de consommation

Les SPA principales motivant la demande de soins étaient représentées majoritairement par le cannabis (42,8%) et les opiacés (31,8%). Puis à une moindre fréquence, nous retrouvons l'alcool (11,9%), les benzodiazépines (7,0%) et la cocaïne (3,0%). Les autres SPA (ecstasy, LSD, solvants) représentaient 3,5% des demandes.

Le **Tableau 1** présente l'âge, le nombre de consultations et le sex-ratio selon la SPA principale motivant la demande de soins.

Les demandes de soins les plus fréquentes concernaient le cannabis (THC) et les opiacés. La moyenne d'âge des sujets demandeurs de soins pour le cannabis ou la cocaïne était plus faible que pour les autres SPA. De plus, le ratio homme:femme concernant ces deux SPA était presque de 5:1, alors qu'il était plus proche de 1 pour toutes les autres SPA. Les sujets demandeurs de soins pour des opiacés avaient un nombre moyen de consultations plus élevé.

Polyconsommations

La majorité des sujets étaient polyconsommateurs et présentaient des dépendances à plusieurs substances. Les polyconsommations rapportées par les sujets sont résumées dans le **Tableau 2**.

Les polyconsommations concernent plus de trois quarts des sujets, quelle que soit la SPA principale, hormis pour les médicaments où les polyconsommations concernent la moitié des sujets. La consommation de tabac associée à la SPA principale concerne 15,3% des polyconsommations toutes confondues et 34,8% des sujets dépendants principalement à l'alcool.

Analyse comparative

Le **Tableau 3** présente les résultats de l'analyse comparative univariée variable par variable selon les SPA principales (test

Tableau 1 Analyse descriptive des variables âge, sexe et nombre de consultations par personne (effectif, moyenne, range).

	THC	Opiacés	Alcool	Médicaments	Cocaïne
Nombre de sujets	322	239	89	52	23
Âge (moyenne, range)	23,8 [15–48,2]	32,7 [16–61]	40,2 [16–68,5]	38,9 [20–64,6]	29,2 [17–46,3]
Nombre moyen de consultations/personne	3,4 [1–48]	13,4 [1–139]	6 [1–98]	8,2 [1–59]	6 [1–79]
Ratio H/F	4,6	2,2	1,2	0,7	4,8

Tableau 2 Polyconsommations des sujets exprimées en effectif et en pourcentage.

	n	%
<i>Polyconsommations toutes SPA confondues</i>	595	79,1
Dont tabac seul	115	15,3
<i>Polyconsommations selon SPA principale</i>		
<i>Cannabis</i>	268	83,2
<i>Opiacés</i>	191	79,9
Dont cocaïne	114	47,7
Dont cannabis	131	54,8
<i>Alcool</i>	71	79,8
Dont tabac seul	31	34,8
<i>Médicaments</i>	31	59,6
<i>Cocaïne</i>	18	78,3

du Chi²). Il présente les différents profils se différenciant selon les SPA principales motivant la consultation.

Discussion

La force de notre étude réside dans la méthodologie et, en particulier, dans le recueil prospectif systématique de dix ans de consultations d'addictologie.

Nous confirmons notre hypothèse principale, les profils se distinguent entre les sujets demandeurs de soins pour des SPA licites ou illicites. La principale différence entre illicite et licite est liée à l'âge : les sujets en demande de soins concernant des substances illicites (THC, opiacés, cocaïne) sont plus jeunes et plus fréquemment de sexe masculin que ceux demandant des soins pour des substances licites (alcool, médicaments). Mais au-delà de cette distinction, nous distinguons clairement cinq profils en fonction des SPA principales motivant la demande de soins, comme indiqué sur la Fig. 1.

Les sujets dont la SPA principale est le cannabis sont de jeunes hommes, toujours dépendants de leur entourage familial avec des échecs scolaires fréquents. Ils sont majoritairement polyconsommateurs. Ils partagent des points communs avec ceux demandeurs de soins pour la cocaïne. Il s'agit également majoritairement de jeunes hommes, ayant un niveau d'insertion professionnelle faible. De plus, les polyconsommations associant cocaïne et cannabis sont fréquentes. Plusieurs explications sont possibles. Ces deux

SPA sont très disponibles [9,11], en particulier, pour les populations les plus expérimentatrices (jeunes garçons) et leur représentation sociale est moins stigmatisée que pour d'autres SPA [11]. Par ailleurs, l'objectif de cette association cocaïne/cannabis peut être de contrôler les effets négatifs de la cocaïne, c'est-à-dire en atténuer la montée ou en adoucir la descente [7].

Par ailleurs, le profil des sujets demandeurs d'aide pour les opiacés se distingue aussi de celui des autres SPA illicites. La moyenne d'âge est légèrement plus élevée et la moitié a une activité salariée. Mais les sujets dépendants aux opiacés se distinguent surtout par la prévalence des sérologies virales positives : 35,1% ont une sérologie positive pour le VHC, 8,8% pour l'hépatite B et 5,4% pour le VIH. Ces résultats coïncident en partie avec la littérature. Les infections par le VIH sont en recul et l'hépatite C est la pathologie virale la plus fréquente chez les sujets dépendants aux opiacés. Mais la prévalence de l'hépatite C dans notre population est inférieure aux prévalences retrouvées dans certaines études, évaluée de 40 à 60% chez les usagers de drogues par voie intraveineuse [2]. Mais sur toute la durée du suivi, les patients n'ont pas bénéficié de suivis sérologiques systématiques, ce qui favorise peut être une sous-évaluation et les modes de consommation étaient multiples (intraveineux, voie nasale ou fumée).

Par ailleurs, en ce qui concerne les substances « licites » (alcool et médicaments), les deux profils sont très différents. Les moyennes d'âge des deux groupes sont proches (environ 40 ans), mais les sujets dépendants à l'alcool sont plus volontiers des hommes alors que ceux dépendants aux médicaments sont majoritairement des femmes.

Le profil des sujets dépendants aux médicaments (BZD) se distingue tout particulièrement. Il s'agit du seul groupe à prédominance féminine. Ils cumulent plus de facteurs de sévérité que les autres profils. Les cooccurrences de dépendances comportementales (30%) et de troubles psychiatriques (50%) sont importantes. Le niveau d'insertion socioprofessionnelle est faible.

Enfin, chez les sujets demandeurs de soins concernant l'alcool, on remarque une prévalence très élevée d'antécédents de conduites addictives chez les parents, les facteurs hérédité et environnement sembleraient être importants pour ce profil. De plus, concernant leur insertion sociale, on note une prévalence élevée d'activité salariée (70,8%) comparativement aux autres profils. Les consommations d'alcool entraînent pourtant de manière aiguë ou chronique des troubles du comportement et des troubles cognitifs sévères pouvant perturber la réalisation

Tableau 3 Analyse comparative de la répartition des variables (exprimées en % et en effectif *n*) selon la SPA principale.

	Cannabis <i>n</i> = 322	Opiacés <i>n</i> = 239	Alcool <i>n</i> = 89	Médicaments <i>n</i> = 50	Cocaïne <i>n</i> = 23	<i>p</i> (Chi ²)
Sexe masculin	80,7 (<i>n</i> = 260)	68,2 (<i>n</i> = 163)	52,8 (<i>n</i> = 47)	40,4 (<i>n</i> = 21)	82,6 (<i>n</i> = 19)	< 0,001**
Antécédents psychiatriques	18,6 (<i>n</i> = 60)	12,1 (<i>n</i> = 29)	12,4 (<i>n</i> = 11)	50,0 (<i>n</i> = 26)	17,4 (<i>n</i> = 4)	< 0,001**
Codépendance substances	83,2 (<i>n</i> = 268)	79,9 (<i>n</i> = 191)	79,8 (<i>n</i> = 71)	59,6 (<i>n</i> = 31)	78,3 (<i>n</i> = 18)	0,001**
Codépendance comportement	10,9 (<i>n</i> = 35)	7,1 (<i>n</i> = 17)	10,1 (<i>n</i> = 9)	30,8 (<i>n</i> = 16)	8,7 (<i>n</i> = 2)	< 0,001**
Sérologie VIH+	0,6 (<i>n</i> = 2)	5,4 (<i>n</i> = 13)	2,2 (<i>n</i> = 2)	1,9 (<i>n</i> = 1)	0,0 (<i>n</i> = 0)	0,007**
Sérologie VHC+	0,6 (<i>n</i> = 2)	35,1 (<i>n</i> = 84)	7,9 (<i>n</i> = 7)	3,8 (<i>n</i> = 2)	26,1 (<i>n</i> = 6)	< 0,001**
Sérologie VHB+	2,2 (<i>n</i> = 7)	8,8 (<i>n</i> = 21)	2,2 (<i>n</i> = 2)	1,9 (<i>n</i> = 1)	0,0 (<i>n</i> = 0)	< 0,001**
Échec scolaire	8,1 (<i>n</i> = 26)	4,6 (<i>n</i> = 11)	2,2 (<i>n</i> = 2)	0,0 (<i>n</i> = 0)	4,3 (<i>n</i> = 1)	0,005**
Activité salariée	33,9 (<i>n</i> = 109)	49,8 (<i>n</i> = 119)	70,8 (<i>n</i> = 63)	42,3 (<i>n</i> = 22)	30,4 (<i>n</i> = 7)	< 0,001**
Antécédents judiciaires	31,4 (<i>n</i> = 101)	63,6 (<i>n</i> = 152)	35,9 (<i>n</i> = 32)	17,3 (<i>n</i> = 9)	65,2 (<i>n</i> = 15)	< 0,001**
Absence de couverture sociale	0,0 (<i>n</i> = 0)	0,4 (<i>n</i> = 1)	1,1 (<i>n</i> = 1)	0,0 (<i>n</i> = 0)	0,0 (<i>n</i> = 0)	0,46
Vie en couple	15,5 (<i>n</i> = 50)	38,9 (<i>n</i> = 93)	43,8 (<i>n</i> = 39)	46,2 (<i>n</i> = 24)	47,8 (<i>n</i> = 11)	< 0,001**
Absence d'enfants	83,9 (<i>n</i> = 270)	60,3 (<i>n</i> = 144)	40,4 (<i>n</i> = 36)	44,2 (<i>n</i> = 23)	65,2 (<i>n</i> = 15)	< 0,001**
Conduites addictives parents (%)	62,7 (<i>n</i> = 202)	67,8 (<i>n</i> = 162)	80,9 (<i>n</i> = 72)	69,2 (<i>n</i> = 36)	73,9 (<i>n</i> = 17)	0,02*
Conduites addictives fratrie (%)	38,8 (<i>n</i> = 125)	52,3 (<i>n</i> = 125)	43,8 (<i>n</i> = 39)	38,5 (<i>n</i> = 20)	52,2 (<i>n</i> = 12)	0,02*
Conduites addictives conjoint (%)	4,3 (<i>n</i> = 14)	16,7 (<i>n</i> = 40)	21,3 (<i>n</i> = 19)	13,5 (<i>n</i> = 7)	17,4 (<i>n</i> = 4)	< 0,001**

P significatif si $p < 0,05$: *significatif ; **très significatif.

Toutes les variables sont significativement différentes entre les profils. La seule variable n'étant pas significativement différente est la variable « absence de couverture sociale ».

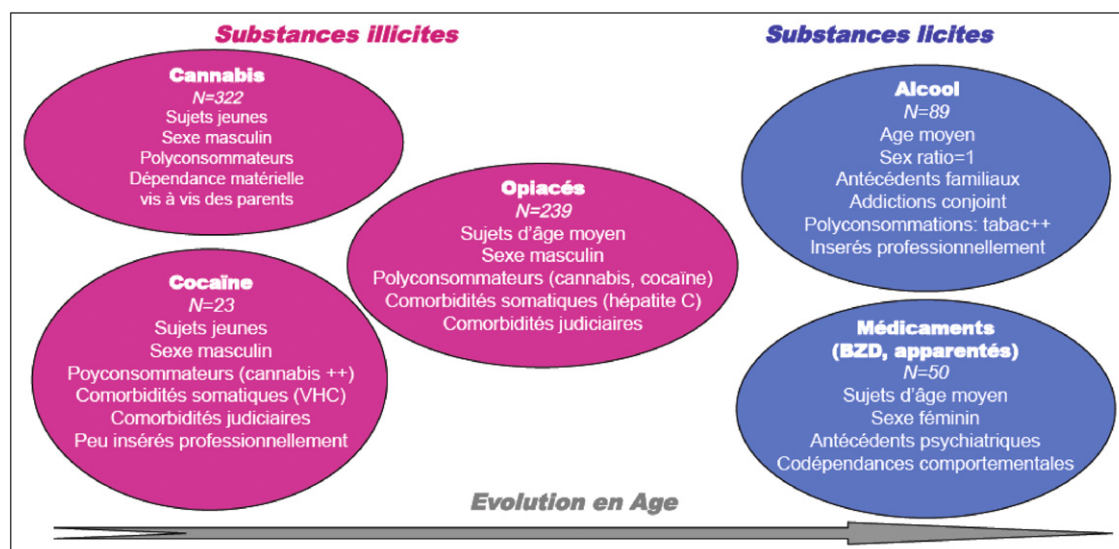


Figure 1 Profils médicosociaux des sujets selon la SPA principale motivant la demande de soins.

de tâches au travail [3]. Cette différence avec les autres profils peut être expliquée par la représentation sociale de l'alcool et une certaine tolérance culturelle vis-à-vis de cette SPA, permettant peut-être un maintien plus prolongé des sujets dépendants au sein du milieu du travail, comparativement aux autres SPA plus stigmatisées.

Les différences de profils médicosociaux correspondent aussi à des différences de parcours de soins. Ainsi, le nombre moyen de consultations des sujets demandeurs de soins pour les opiacés est nettement supérieur à celui des autres profils (13,4 consultations en moyenne), mais il est probablement lié au fait que ces patients sont sous traitement de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine) et que ce suivi nécessite des consultations régulières. Par ailleurs, les sujets ayant une dépendance aux BZD ont également un nombre moyen de consultations élevé, mais comme nous l'avons déjà noté, ils cumulent plusieurs facteurs de sévérité et le nombre de consultations est corrélé à cette sévérité. Enfin, les jeunes sujets dépendants au cannabis consultent en moyenne 3,4 fois. Ce résultat coïncide avec la littérature. Les consultations de jeunes consommateurs de cannabis rapportent un nombre moyen de consultations à 2,3. Le nombre de consultations est corrélé au diagnostic initial de type d'usage [10] et la probabilité de changement est plus élevée au cours des trois premières consultations qu'au-delà.

Par ailleurs, nous souhaitons souligner les résultats concernant les conséquences judiciaires. Elles sont fréquentes pour les substances illicites de manière attendue, étant donné le caractère illégal des consommations (deux tiers des sujets dépendants à l'héroïne ou cocaïne) et comme rapporté dans la littérature [11]. Mais, de manière plus surprenante, nous retrouvons également des antécédents judiciaires chez plus d'un tiers des sujets consultant pour l'alcool. Ces résultats sont le reflet indirect des mesures prises par l'institution judiciaire face aux dépistages faits par la police et la gendarmerie. Les données de la littérature montrent une augmentation depuis 2000 des peines pour conduite sous l'effet de l'alcool [17], avec une baisse parallèle des accidents mortels avec alcoolémie positive [16]. Les intervenants médicosociaux doivent donc adapter leurs modalités d'intervention face à ces sujets accédant aux lieux de soins suite à des dépistages et des problèmes judiciaires.

Enfin, notre population est globalement comparable à celles consultant dans les centres spécialisés en France sur les données sociodémographiques générales et moyennes d'âge des sujets concernés [12,15]. Les SPA les plus fréquemment rencontrées sont également le cannabis et les opiacés. Mais notre population diffère sur le pourcentage de travailleurs actifs, largement supérieur dans notre étude : 43,6% contre seulement 26,5% d'emploi actif stable dans l'étude RECAP [12]. La couverture sociale est la seule variable ne se différenciant pas significativement dans notre étude quelle que soit la SPA principale. Ces différences s'expliquent par la différence de cadre de soins entre un centre de soins spécialisés et une consultation hospitalière. Il est nécessaire d'avoir une couverture sociale pour consulter à l'hôpital. La population recrutée y est donc plus insérée

professionnellement et socialement que dans les centres de soins spécialisés.

Pour conclure, la saisie systématique des données sur une base informatique permet donc une meilleure connaissance des profils des patients consultant dans une structure de soins. En dépit des nombreux points communs que partagent les sujets dépendants aux substances, il existe des différences fondamentales de profils médicosociaux. Les profils se distinguent entre les SPA licites et illicites sur des variables sociodémographiques (âge/sexe), mais il existe clairement des différences individualisées en fonction de chaque SPA motivant une demande de soins. Ces profils correspondent également à des parcours de soins différents. Ces différences doivent conduire les cliniciens à adapter leurs modalités de prise en charge, en fonction de la SPA principale du sujet et en fonction des dommages présentés et facteurs de motivation. Au niveau collectif, la connaissance des profils des patients consultant permet également un ajustement des dispositifs de soins et des politiques de santé.

Financement

Cette étude a été soutenue par un financement MILDT Inserm.

Déclaration d'intérêts

Morgane Guillou Landreat : interventions orales pour les laboratoires Schering Plough, Mylan, Arrow.

Pas d'autres conflits d'intérêt.

Références

- [1] APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn Washington, DC: APA; 1994.
- [2] Bello PY, Cadet-Tairou A, Halfen S. L'état de santé des usagers de drogues problématiques. Rapport « les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus au travers du dispositif TREND » sous la direction de J.M. Costes, Observatoire français des drogues et toxicomanies, 2010 (disponible en ligne sur www.ofdt.fr).
- [3] Dally S. Conduites d'alcoolisation et complications neurologiques. Traité d'addictologie sous la direction de M. Reynaud. Paris: Flammarion, Médecine-sciences; 2006. p. 350–3.
- [4] Feltenstein MW, See RE. The neurocircuitry of addiction: an overview. *Br J Pharmacol* 2008;154(2):261–74.
- [5] Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol* 2008;75(1):266–322.
- [6] Gorwood P, Le Strat Y, Ramoz N. Le concept des addictions sous l'angle de la génétique. *Psychotropes* 2008;3–4(14):29–39.
- [7] Haute Autorité de santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins, 2007.
- [8] Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies. « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008–2011. Paris: 2008.
- [9] Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants. Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite des produits stupéfiants en France. Extrait du rapport annuel 2008–2009.
- [10] Obradovic I. Évaluation du dispositif des consultations jeunes consommateurs (2004–2007). Observatoire français des drogues et toxicomanies. 2009 (disponible en ligne sur www.ofdt.fr).

- [11] Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues, chiffres clés. 2nd edn. 2009 (disponible en ligne sur www.ofdt.fr).
- [12] Palle C, Vaissalle L. Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Tendances 2007;54:6 [disponible en ligne sur www.ofdt.fr].
- [13] Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings, review philosophical transactions of the Royal British Society. Biol Sci 2008;363(1507):3181–9.
- [14] www.drogues.gouv [Consulté en ligne le 20 avril 2010].
- [15] 2008 Annual report: the state of the drugs problem in Europe, www.emcdda.europa.eu.
- [16] Série statistique «Évolution du nombre total des accidents mortels de la route, du nombre d'accidents mortels avec alcoolémie connue et du nombre d'accidents mortels avec un conducteur présentant une alcoolémie positive en France depuis 1995». www.ofdt.fr.
- [17] Série statistique «Évolution du nombre de condamnation et des peines prononcées pour conduite en état alcoolique en France depuis 2000». www.ofdt.fr.