

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Virgile, Claude, Anthime, François CLERGUE-DUVAL

Né le 7 août 1988 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2016

**ENQUETE SUR LE RECOURS AUX CONSULTATIONS
D'ADDICTOLOGIE DE L'HOPITAL FERNAND WIDAL
PAR LES GENERALISTES DU NORD-EST DE PARIS**

Président du jury : Professeur Frank BELLIVIER

Directeur de thèse : Docteur Julien AZUAR

Membres du jury : Professeur Isabelle AUBIN-AUGER

Docteur Florence VORSPAN

Docteur Éric HISPARD

DES de Médecine Générale

Merci au Professeur Frank Bellivier, chef du service de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Lariboisière-Fernand-Widal, de me faire l'honneur de présider le jury de soutenance de cette thèse. Merci pour la confiance que vous portez à mon travail.

Merci au Professeur Isabelle Aubin-Auger d'avoir accepté de juger mon travail et de participer à ce jury. Merci d'avoir approuvé mon orientation vers l'addictologie en tant que directrice du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine Diderot.

Merci au Docteur Florence Vorspan de m'avoir accordé de son temps et conseillé dans la direction à donner à l'analyse statistique des résultats de cette thèse.
Merci de juger mon travail, aujourd'hui et dans le futur.

Merci au Docteur Eric Hispard pour l'approche de l'addictologie que vous m'avez enseignée à Fernand Widal. Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Merci à Vanina Taroni pour le travail échangé et le recueil des données.

Merci aux médecins généralistes qui ont accepté de répondre à notre enquête et de nous donner de leur temps. Merci aux secrétariats médicaux qui ont répondu à nos appels.

A Valérie Goudet, ma mère.

Pour le phare,
Calme et serein,
Les pieds dans la tempête
Et le regard au loin.

Pour la vie,
Patiemment construite,
Doucement conduite.

La sève a reflué des feuilles, qui volent aux vents de l'automne.
Ces mains précieuses et fermes,
plongeant dans la terre, formant des racines noueuses,
retiennent le sol quand vient l'orage.
Elles parcourent l'argile et s'étendent au loin, telle des rhizomes.
Vignes de vie, vignes de chance.

A l'orange et au vert du printemps qui revient.

A Régis, mon père.
Pour les chants et les livres. Pour les films et les contes.
Pour les cloisons élevées, abattues.
Pour le bois découpé et les fissures qu'on rebouche.
Pour le Sud et la mer.
Merci pour tes relectures attentives.

A l'arpenteur, Léonard.
Tu es loin mon frère, en ce jour de juin, sur cette immense terre à l'autre bout du globe, dans un coin du monde qui a quelque chose de chez nous. Le cœur en Aubrac et les côtes bretonnes.
Puisses-tu trouver ton Abyssinie et ta belle île.

A Ana, à Fabien,
Albert et Aloïse.

A Sylvie, pour les encouragements et le soutien durant toutes ces longues années. Merci pour la vision de la médecine et de l'engagement humain que tu as su me transmettre.
A Cannelle et Charlotte.

A Monique Goudet, ma grand-mère. Pour Courbon et le soleil. Pour les récits de voyage.

A Agnès Clergue, ma grand-mère, qui me considère docteur depuis déjà dix ans. Solide et têtue comme le plateau de l'Aubrac.

A Matthieu, mon oncle et parrain,
A Antoine et Catherine. A Dorothee et Michel.
A Olivier, Flore, Anna et Gilda.

A la « tribu » entre le Sentier et les Halles. A ceux d'un peu plus loin.

A François B., mon instituteur. Pour le *Petit Robert* et *l'essence ordinaire*.

Aux Marloux, Laura, Carole et Alice, compagnonnes de voyages et de confidences,
A nos jeunesses et aux horizons qui s'annoncent.
Merci à Laura de m'avoir permis de travailler cette thèse face au Mont-Blanc en ce bel été, la
tête dans les nuages et les pieds sur les pentes herbeuses.

A la Foire Adebabaï, au Pav. et à cette journée de soleil avant un sombre dimanche.
A Anouk, à Jami. Et à la génération qui vient.

A Guillaume,
A Hélène,
Que de chemins parcourus depuis les planches des *Théâtreux de la Paillasse*.
Des glaces du nord aux bains andalous.
L'espace se distend, mais la fraternité l'efface.

A Déborah qui fait sonner les images.

A Mathieu, des récits d'aventures aux mystères de l'astrophysique.

A Samuel, Antoine, Vasco et Matthieu,
Au ciné-club de la Pitié.
A mes camarades de banc durant ces diverses années : Adel, Mathilde, Gaby, Lucie, Judith...

A Suzanne et ses mondes inaccessibles.
Parce que la sociologie n'est pas qu'affaire de combats.
Merci pour tes relectures et tes questions pointilleuses depuis les marches de notre monde.

A Clara, pour les sentiers partagés, des pavés urbains à nos montagnes. Pour les souvenirs qui
nous fondent.

A Julie,
A Marie-Astrid,
Mes co-internes de choc, c'est un plaisir d'apprendre l'addictologie avec et grâce à vous,
Aux mondes qui se fond,

A Julien. Pour l'envie d'apprendre et de travailler que tu sais transmettre.
Merci de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir dirigé et encadré mon travail durant ces 18 mois.
Merci pour tes relectures et tes conseils précieux en toutes occasions.

A Maeva, qui restera l'une des meilleures chefs de clinique. Merci de nous avoir enseigné ainsi la psychiatrie et l'addictologie.

À l'équipe médicale et paramédicale de Fernand Vidal.
Parce que ce fût un plaisir d'apprendre auprès de vous et parce que j'espère bien que cela se reproduira.

A Claire et Florence, à Alice.
Pour cet autre Vidal, pour les cafés au fond du couloir de mon bout du monde, pour les journées rythmées par les mouvements des trains et les bruits de la gare au loin.

A Cindy, Et la fraternité des longues journées d'urgences.

A mes co-internes.

Merci à l'équipe du CMS de Saint-Ouen.
Merci à Stéphanie de me permettre de remettre un pied à l'école, que je n'aurais jamais voulu quitter.

Merci enfin, aux médecins qui m'ont offert une parcelle de leur savoir et de leur humanité et qui m'ont conduit durant tout mon internat vers le col suivant, dans ce long parcours.

*Un homme
Jaune d'or
Et ma blouse, blanche, comme la neige dehors,
Une odeur de pomme
Nous emplit les narines
Oh, qu'elle est loin sa gloire dans la marine
Trente ans et un océan d'ivresse plus tard
C'est l'ascite qui le noie dans son plumard,
J'ai vingt ans, la vie devant moi
Et la franche envie d'en découdre avec toi.
Mais rien ne sert de courir
C'est pas comme dans les films d'action
Ramper, grimper, mourir,
Pour sauver toute une population.
Alors il nous faut apprendre
Nous plonger dans les livres, patiemment,
Et chaque jour suivre le cheminement
De l'Homme.*

*Que Paris est beau, là-haut,
Sur un vélo d'appartement.*

2011

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	10
LISTE DES ABREVIATIONS	12

INTRODUCTION

CONTEXTE

I. LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FRANCE	18
II. LA FILIERE DE SOINS ADDICTOLOGIQUES	20
A. LES CSAPA : CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE	20
B. LES CAARUD : CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUE	23
C. LES STRUCTURES HOSPITALIERES	24
D. LES CJC : CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS	26
E. LES RESEAUX DE SANTE	27
F. LES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDES	29
G. LES URGENCES HOSPITALIERES	30
III. ADDICTOLOGIE ET MEDECINE GENERALE	31
A. LE MEDECIN GENERALISTE	31
B. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS PAR LES GENERALISTES EN FRANCE	32
C. PREVENTION ET DEPISTAGE	34
D. LIMITES	35
E. UNE PRISE EN CHARGE PARALLELE, EN LIEN OU CONCURRENTTE AUX CENTRES SPECIALISES ?	37
IV. LE TERRITOIRE DE L'ETUDE : LE NORD-EST DE PARIS	38
A. UN TERRITOIRE DENSE, DIVERSIFIE ET EN MUTATION	39
B. UN TERRITOIRE « DEFICITAIRE » EN GENERALISTES	43
C. UN TERRITOIRE CONCERNE PAR LA PROBLEMATIQUE DES ADDICTIONS	46
D. PAUVRETE DES DONNEES SUR LES PRATIQUES DES GENERALISTES PARISIENS EN ADDICTOLOGIE	49
V. LES CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE DE FERNAND WIDAL	50
A. HISTOIRE DE L'HOPITAL FERNAND WIDAL	50
B. LE CSAPA MURGER OU « ESPACE MURGER »	52
C. LA POLICLINIQUE MEDICALE	53

MATERIEL ET METHODE

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE	56
II. MATERIEL	56
A. LA POPULATION	56
B. LE CHOIX DU TERRITOIRE	56
III. METHODE	58
A. REALISATION DU QUESTIONNAIRE	58
B. RECUEIL DES COORDONNEES DES GENERALISTES DU TERRITOIRE	61
C. OUTILS STATISTIQUES ET LOGICIELS	64

RESULTATS	65
I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	66
A. RECUEIL DES DONNEES DE L'ETUDE	66
B. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON	68
C. ADDICTIONS DANS LA PATIENTELE DES GENERALISTES	71
D. BESOIN EN CORRESPONDANTS SPECIALISES EN ADDICTOLOGIE	74
II. CONNAISSANCE ET ADRESSAGE AUX CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE : ANALYSE DESCRIPTIVE	76
A. CONNAISSANCE DES CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE DE FERNAND WIDAL	76
B. ADRESSAGE AUX CONSULTATIONS DE FERNAND WIDAL PAR LES GENERALISTES DU TERRITOIRE	77
C. ADRESSAGE AUX CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE DE FERNAND WIDAL EN FONCTION DES PRODUITS ET DES SITUATIONS RENCONTREES	78
D. PARTENARIATS AVEC D'AUTRES STRUCTURES DE CONSULTATION EN ADDICTOLOGIE	79
III. ADRESSAGE AUX CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE : ANALYSE UNIVARIEE	81
DISCUSSION	83
CONCLUSION	94
BIBLIOGRAPHIE	96
ANNEXES	108
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	109
ANNEXE 2 : CARTES	115
ANNEXE 3 : AUTRES RESULTATS	122
RESUME ET MOTS-CLEFS	130

Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> :	Caractéristiques des généralistes installés ayant répondu	69
<u>Tableau 2</u> :	Tableau comparatif de l'échantillon des généralistes libéraux ayant répondu versus l'ensemble des généralistes du territoire	70
<u>Tableau 3</u> :	Détail du nombre de patients vus par mois pour les différentes problématiques addictives	71
<u>Tableau 4</u> :	Détail du nombre de patients usagers problématiques d'alcool vus par semaine	72
<u>Tableau 5</u> :	Détails du nombre de patients reçus par semaine pour un sevrage en alcool et en tabac	72
<u>Tableau 6</u> :	Réponses à la question ouverte « remarques » concernant leur satisfaction	77
<u>Tableau 7</u> :	Réponses de la question ouverte sur l'identité des structures avec qui travaillent les généralistes du territoire	80
<u>Tableau 9</u> :	Analyse univariée de l'adressage aux consultations d'addictologie de Fernand Widal	81
<u>Tableau 10</u> :	Adressage en fonction de la satisfaction	82

Diagrammes de flux

<u>Diagramme de flux 1</u> :	Population des généralistes libéraux, sujets de l'étude	66
<u>Diagramme de flux 2</u> :	Recueil des réponses au questionnaire	67

Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Pourcentage des généralistes recevant des patients concernés par une problématique addictive	71
<u>Figure 2</u> : Pourcentage des généralistes recevant des patients pour la réalisation d'un sevrage en alcool et en tabac	72
<u>Figure 3</u> : Prescription de TSO	73
<u>Figure 4</u> : Manque d'aucun correspondant pour les produits	74
<u>Figure 5</u> : Manque de correspondant en fonction du type de produit	74
<u>Figure 6</u> : Manque d'aucun correspondant pour les situations	75
<u>Figure 7</u> : Manque de correspondant en fonction de la situation	75
<u>Figure 8</u> : Connaissance de l'existence des consultations d'addictologie de Fernand Vidal	76
<u>Figure 9</u> : Connaissance de la division entre le CSAPA Murger et la Polyclinique médicale	76
<u>Figure 10</u> : Adressage en consultation d'addictologie à Fernand Vidal, par les généralistes en connaissant l'existence	77
<u>Figure 11</u> : Satisfaction concernant les consultations d'addictologie de Fernand Vidal	77
<u>Figure 12</u> : Adressage aux consultations d'addictologie de Fernand Vidal en fonction des produits par les généralistes y adressant ou y ayant adressé des patients	78
<u>Figure 13</u> : Adressage aux consultations d'addictologie de Fernand Vidal en fonction des situations par les généralistes y adressant ou y ayant adressé des patients	78
<u>Figure 14</u> : Adressage à au moins une autre structure concernant les addictions	79

Liste des abréviations

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS IdF : Agence Régionale de Santé Ile-de-France
AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test
BHD : Buprénorphine Haut Dosage
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue
CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
DGS : Direction Générale de la Santé
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DU : Diplôme Universitaire
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
FW : Hôpital Fernand Widal
HDJ : Hôpital de Jour
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MEP : Médecin à Exercice Particulier
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (ex-MILDT, depuis mars 2014)
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
RdRD : Réduction des Risques et des Dommages
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés
URPS-ML-IdF : Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux - Ile-de-France
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Dans la société française, la consommation de substances psychoactives est très répandue. Il en résulte une fréquence importante de consommations estimées par la médecine comme somatiquement, psychiquement et socialement nocives (1). Celles-ci se manifestent notamment par des usages qualifiés de problématiques et/ou une addiction à ces substances psychoactives, quand le sujet perd une partie de sa liberté vis-à-vis de ses consommations et de leurs conséquences. Ces patients se retrouvent nécessairement dans la patientèle des médecins généralistes, même si un certain nombre de facteurs interviennent pour moduler ce qui n'est qu'un reflet déformé de la population générale (2).

L'addiction est une affection chronique pouvant être décrite sous plusieurs angles : moral, philosophique, juridique ou médical. Sur le plan de la médecine, elle est bien décrite par le modèle bio-psycho-social (3). Cependant la partie biologique ou purement « médicale », qui peut être parfois d'autant plus technique que les médicaments en action sont dangereux, s'efface plus qu'à l'accoutumé devant les parties psychologique (voir psychiatrique) et sociale (4), bien loin du « supplément d'empathie » auquel ce modèle théorique est parfois réduit. L'imbrication en est complexe et il ne s'agit pas d'en déduire des prises en charge cloisonnées, juxtaposées ou successives. Cela peut être déconcertant pour un médecin généraliste, insuffisamment formé par la Faculté au champ de la « médecine sociale », comme à la psychiatrie (5). La prise en soins contraste nettement avec celle d'autres maladies chroniques très biomédicales, comme le diabète sucré, l'hypertension artérielle, l'asthme, aux protocoles médicamenteux éprouvés et aux schémas plus linéaires. Pour celles-ci le rapport au spécialiste est plus évident et s'inscrit plus clairement dans une différence de spécialisation et de technicité. En addictologie, des difficultés se font particulièrement jour dans le relationnel, dans l'interaction entre les représentations du patient et celles du médecin. Ces représentations sont très sensibles à l'environnement social, tant sociétal que local. Elles dépendent de l'image

sociale des consommations de drogue en général, mais aussi de l'image que le généraliste se fait de sa patientèle (« sélection » de patientèle (6), nombre supposé de patients consommateurs et visibilité de leurs usages) et aux structures d'appui et spécialistes disponibles à proximité.

Par leur place au croisement des différents champs de la santé (médecine de famille, psychiatrie, psychanalyse, infectiologie, médecine du travail, services sociaux, ...) et par leur segmentation (sociale, pharmacologique, ...), les addictions ont appelé une mise en place de réponses éparses, parallèles, buissonnantes, venant souvent de soignants à la marge des institutions (7–10). Celles-ci se sont progressivement rejointes au fil des ans et du travail des acteurs de soins pour être depuis une vingtaine d'années réorganisées, en partie intégrées dans les institutions hospitalière et universitaire et prendre la structuration actuelle (11,12), qui sera décrite en première partie.

L'existence de cette organisation de la filière ne signifie pas pour autant que ces lieux de soins soient forcément identifiés et reconnus comme des recours évidents par les généralistes dans leur exercice quotidien. Il convient donc d'étudier ces rapports.

L'étude de la relation de soins et du ressenti des généralistes dans la prise en soins des addictions en médecine générale est menée depuis de nombreuses années, et pose nombre de questions. Il en est de même, plus récemment, des interactions avec les confrères addictologues, avec notamment l'étude nationale de l'INPES de 2009 (13).

Cependant il n'existe pas de réelle enquête à l'échelle d'un territoire de soins, notamment dans le lieu particulier qu'est Paris, avec sa sociologie, sa densité, son histoire, le nombre de structures spécialisées en addictologie et ses zones de pénurie de généralistes. C'est en nous

adossant à la spécificité de ce territoire, détaillée ci-après que nous avons décidé d'y mener cette étude.

Nous avons également souhaité étudier plus en avant les liens avec une structure précise : les consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal. Elles sont implantées de longue date dans le territoire et sont représentatives de l'ouverture du lien avec les praticiens de ville.

Il s'agit de faire un état de lieu, permettant d'élargir la vision du territoire depuis ce centre en « remontant » le diagramme de White (2).

Ce travail de thèse d'exercice est donc une étude de terrain, portant sur le territoire du nord-est parisien, que nous avons limité aux 9^{ème}, 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris. Elle cherche à étudier les échanges entre les généralistes du territoire et les consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal, et plus largement les structures de proximité spécialisées en addictologie à leur disposition.

CONTEXTE

I. Les consommations de substances psychoactives en France

Les consommations de substances psychoactives, comme les conduites addictives, sont importantes en population générale. Elles apparaissent très diverses épidémiologiquement en fonction des différents types de substances, des caractéristiques sociodémographiques des sujets (14,15) et des régions (16).

En France, les deux substances les plus fréquemment rencontrées sont l'alcool et le tabac. Cela tient à un certain nombre de facteurs qui s'imbriquent et s'induisent mutuellement : leur histoire, leur statut légal, leur production locale, les intérêts économiques passés ou persistants qui en découlent, mais aussi leur fonction sociale en France.

Le nombre de fumeurs quotidiens de tabac est ainsi estimé, en 2014, à 13,3 millions de personnes âgées de 11 à 75ans (17). Et parmi ceux-ci, les deux tiers déclarent fumer au moins dix cigarettes par jour. Ce nombre de fumeurs est relativement stable depuis 20 ans environ, malgré une part importante qui s'emploie à se sevrer du tabac. Ainsi, on dénombre en 2014, 1,6 millions de fumeurs qui ont eu recours à un au moins un des traitements médicamenteux d'aide à l'arrêt du tabac.

Pour l'alcool, on estime qu'il y avait environ 4,6 millions d'usagers quotidiens et 8,7 millions d'usagers réguliers (au moins trois fois par semaine) parmi les 11-75 ans en 2014 (15). Même si nous observons une diminution régulière de ces chiffres depuis quelques dizaines d'années (17), le nombre de personnes concernées par une consommation à risques reste élevé. Il serait de 3,4 millions chez les 18-75 ans selon les critères de l'AUDIT (18), soit 8% de cette tranche d'âge (15). Le nombre de personnes, de 11 à 75 ans, ayant consommé au moins une fois dans l'année est estimé à 42,8 millions sur les 50 millions d'habitants de cette tranche d'âge que compte notre pays.

Au-delà de cette prévalence, l'alcool et le tabac sont également les deux premières causes de mortalité évitable en France (19).

La consommation excessive d'alcool serait l'une des principales causes d'hospitalisation. Une étude récente a évalué qu'en 2012 elle aurait induit plus de 580 000 hospitalisations en services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 2 700 000 journées en psychiatrie (10,4% du total) et 2 000 000 journées en soins de suite et réadaptation (SSR) (5,6% du total) (20). Tout ceci serait à l'origine de 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012.

Concernant les autres substances, les principales données existantes de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) portent elles-aussi sur les 11-75 ans.

Le cannabis serait ainsi consommé au moins dix fois par mois par 1,4 millions de personnes et quotidiennement par 700 000. 4,6 millions en auraient fait usage au moins une fois dans l'année (15). Et sa consommation progresse dans le temps. Elle concerne davantage les plus jeunes et décroît progressivement avec l'âge (17).

Concernant la cocaïne, le nombre d'usagers dans la dernière année est estimé à 450 000 (15). Et ce nombre serait de 400 000 personnes pour l'ecstasy, toujours en 2014. Leurs consommations sont également à la hausse depuis une dizaine d'année (17).

L'héroïne et autres opiacés auraient déjà été expérimentés par environ 600 000 personnes et leur usage régulier toucherait 0,2% des 18-64 ans (15). Ce taux est stable depuis 25 ans (17). On note cependant un report de la consommation d'héroïne vers le sulfate de morphine, dans des problématiques jointes de fluctuation de la disponibilité et de la qualité de l'héroïne et de la réduction des risques par la prise d'un produit d'origine pharmaceutique (21). On observe également le développement de consommations épisodiques et festives qualifiées de « récréatives » utilisant le sniff, dans une population jeune qui cherche à se démarquer de

l'image d'une consommation par injection, socialement connotée (22). Actuellement, 170 000 personnes sont sous traitement substitutif aux opiacés (TSO) (15).

Enfin, la consommation problématique de médicaments psychotropes concerne 11 millions de personnes de 18 à 75 ans, selon les chiffres de 2010 (15).

II. La filière de soins addictologiques

La filière de soins addictologiques s'est organisée durant les vingt-cinq dernières années, suivant l'évolution des structures et des enjeux de santé publique. Nous résumons ici les principaux acteurs de la filière actuelle.

A. Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des établissements médico-sociaux¹, disposant d'une équipe pluridisciplinaire qui assure une prise en charge de proximité sur les addictions (23). Ils sont voulus par les pouvoirs publics comme étant la structure de référence de la prise en charge médico-sociale des addictions.

Nés en 2007 de la fusion des CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes², dédiés à la prise en charge des addictions aux substances illicites) et des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie, dédiés à l'alcoolodépendance), ces centres gardent une certaine spécialisation en fonction de l'orientation antérieure, même si cela tend à s'atténuer. De

¹ Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

² Article 3 de la loi du 31 décembre 1970 et Décret n° 92-590 du 29 juin 1992.

même, la prise en charge du tabac en mono-addiction ou des addictions comportementales (jeux, sexe, ...) n'y est pas encore répandue.

En 2010, on comptait 419 CSAPA dont 229 encore étiquetés « alcool » et 190 « drogues illicites » ayant pris en charge, respectivement, environ 161 000 et 107 000 patients, soit un total de 268 000 (24). Il en résulte une file active estimée à 6,61 patients pour 1000 habitants âgés de 15 à 65 ans.

Les CSAPA ont une fonction d'accueil et d'information sur les consommations de drogues et sur les aides proposées, tant à destination de la personne consommatrice que de ses proches.

Un suivi médical ambulatoire y est organisé avec un psychiatre ou un généraliste formé à l'addictologie. Il est centré sur la prise en charge des conduites addictives, mais peut prendre en compte l'ensemble des comorbidités somatiques ou psychiatriques, qu'elles découlent ou non de la consommation de drogue. Les CSAPA disposent conjointement de psychologues assurant le suivi des patients et d'infirmiers pouvant effectuer des soins, réaliser des bilans biologiques, mais aussi des consultations de suivi et s'occupant de la délivrance des médicaments.

Les CSAPA ont également pour mission d'assurer la délivrance des médicaments nécessaires à la prise en charge de leurs patients³, notamment des TSO. Les TSO peuvent être dispensés quotidiennement sur place ou délivrés pour un nombre variable de jours, en fonction des nécessités définies par l'équipe médicale. Les médecins des CSAPA ont le droit de primo-prescription de la méthadone.

L'équipe est enfin composée de travailleurs sociaux et d'éducateurs. Les assistants sociaux assurent le versant social de la prise en charge, en aidant les patients dans leurs démarches, le

³ Article L3411-5 du Code de la santé publique.

maintien d'une insertion, le recouvrement de leurs droits sociaux. Les éducateurs participent à la prise en charge globale et à la réduction des risques.

Certains CSAPA assurent des missions particulières. L'hébergement des patients est parfois possible, en collectivité (centres thérapeutiques résidentiels, structures d'hébergement d'urgence ou de transition) ou individuellement (chambres d'hôtel, Appartements de Coordination Thérapeutique (25), Accueil Familial Thérapeutique⁴).

Certains CSAPA ont la spécificité de proposer une structure mobile (« Bus Méthadone »), renforçant leurs actions de proximité auprès de patients précarisés.

Ils peuvent mettre en œuvre ou participer à des actions de prévention collective (en milieu scolaire, au travail, ...) ou individuelle, ainsi qu'à des activités de formations et de recherche.

Mais le financement en est alors spécifique, hors de l'ONDAM et de la dotation globale.

Certains CSAPA mènent également des interventions en directions des personnes incarcérées ou sortant de prison.

Les CSAPA sont tenus de participer au suivi épidémiologique, à la veille sanitaire et à l'enquête RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) de l'OFDT. Ils sont financés par l'Assurance Maladie par dotation globale⁵ et peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux ou centres municipaux) ou par des associations à but non lucratif. L'ensemble de la prise en charge, les consultations, les soins et la délivrance des médicaments y sont assurés gratuitement, sans avance de frais.

⁴ Articles L441-1 à L444-9 du Code de l'action sociale et des familles.

⁵ Articles L174-9-1 et R174-7 du Code de la sécurité sociale et L314-8 du Code de l'action sociale et des familles

B. Les CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux qui ont comme objectif la prévention et la réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux pratiques de consommation des drogues, notamment les infections virales. La sobriété, l'abstinence ou un projet de sevrage ne sont pas exigés. Les conditions d'accueil sont minimales : absence de consommation sur place et respect de l'équipe. C'est un dispositif dit de « bas seuil ». Ils ont été créés par la loi du 9 août 2004⁶ à partir des dispositifs précédents (« boutiques »).

Il en existait 160 en France fin 2014, dont la file active est estimée par l'OFDT à 70 000 usagers au niveau national. Ils se concentrent principalement en Ile-de-France, dans les régions du Sud et dans le Nord-Pas-de-Calais (26).

Leurs missions sont centrées sur la réduction des risques et des dommages (27). Les éducateurs et travailleurs des CAARUD accueillent les usagers de drogues et leur transmettent des informations sur les risques des différentes substances et pratiques de consommations en général et sur les particularités locales, relevées par leur système de veille (produits frelatés, produits de coupe nouveaux, ...) (28). Ils mettent gratuitement à disposition des patients usagers de drogues du matériel de prévention des infections (seringues, eau de préparation, cuillère, coton/filtre, pipe à crack, ...) et forment aux règles d'hygiène. Les CAARUD assurent un accès aux soins de première nécessité, avec la possibilité de réaliser des soins infirmiers (parfois médicaux) simples et d'orienter les patients vers les structures adaptées en cas de besoin (Urgences, CSAPA, généraliste). Leur personnel intervient

⁶ Article 12 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004.

également à l'extérieur du centre avec des équipes mobiles et des maraudes. Ils fournissent enfin un soutien dans l'accès au droit des patients. Ces lieux accueillent une importante diversité de profils, en grande partie précaire, notamment en Ile-de-France (49% de sans-abri ou en squat, 20% n'ayant pas la sécurité sociale) (29) et une minorité qui ont parfois suspendu ou arrêté leur consommation et pour qui les CAARUD assurent le rôle de lien médico-social (26).

Les CAARUD participent au dispositif de veille en matière de drogue et à la recherche, la prévention et la formation sur l'évolution des pratiques des usagers de drogues.

Ils réalisent souvent une mission de médiation sociale vis-à-vis des riverains pour faire accepter ces lieux et pacifier les rapports entre habitants (30).

Leur financement provient de l'Assurance Maladie, par une dotation globale.

C. Les structures hospitalières

Le dispositif addictologique hospitalier est gradué en trois niveaux (31) :

- Niveau 1 : de proximité
- Niveau 2 : de recours
- Niveau 3 : Centre d'Addictologie Universitaire Régional

Le niveau 1 assure une réponse de proximité et des sevrages simples. Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social, diététicien).

Il se compose de trois parties : consultations, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et services d'hospitalisation résidentielle (32).

Le service de consultations hospitalières spécialisées d'addictologie assure le suivi ambulatoire des patients, médical mais aussi social et travaille en partenariat avec les services capables d'accueillir les patients pour la réalisation de sevrage hospitalier.

L'ELSA intervient dans les différents services de l'hôpital pour prendre en charge les problématiques addictives des patients hospitalisés et en soutien des équipes des Services d'Accueil des Urgences. Elle oriente parfois la prise en charge vers une structure hospitalière de niveau 2. L'ELSA assure également la formation continue en addictologie des professionnels de santé de l'établissement et des actions de liaison avec les partenaires extrahospitaliers.

Les services hospitaliers du système de soins généraux (médecine interne, médecine polyvalente, hépato-gastro-entérologie, psychiatrie...) peuvent accueillir des patients pour des sevrages simples, avec une équipe théoriquement formée à l'addictologie. Ces services doivent servir également de référent et de lits d'aval pour les structures d'urgences.

Il est attendu par les pouvoirs publics que tous les établissements de santé dotés d'une structure d'Urgences possèdent un dispositif de niveau 1.

Le niveau 2, dit de recours, est spécifiquement addictologique et se divise aussi en trois structures. La première est l'unité d'addictologie de prise en charge aiguë, disposant de personnels spécifiquement formés à la prise en charge de l'ensemble de la problématique addictologique, tant la conduite addictive que les complications et comorbidités somatiques ou psychiatriques. Elle comporte une unité d'hospitalisation de jour (HDJ), soit en alternative à l'hospitalisation conventionnelle, soit en relais de celle-ci. La seconde structure est un service d'hospitalisation complète réalisant des sevrages et des soins résidentiels complexes. Il a pour mission d'accueillir les patients les plus en difficultés, du fait de la sévérité de la dépendance ou de la gravité des troubles somatiques, psychiatriques ou cognitifs. Elle doit

pouvoir réaliser des bilans approfondis et disposer d'une équipe pluridisciplinaire élargie (psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, neuro-psychologue...). La troisième structure est le Soins de Suite et de Réadaptation addictologique (SSR). Il assure une prise en charge résidentielle après les soins aigus dans l'objectif de consolider l'abstinence et d'une réadaptation du patient à son cadre de vie. Certains SSR prennent en soins les patients dont les troubles cognitifs sont au premier plan, dans un projet de remédiation cognitive.

Le niveau 3, ou Centre d'Addictologie Universitaire Régional, est doté des mêmes moyens en termes de soins que les structures de niveau 2 (hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes, hospitalisation de jour) mais assure également une fonction d'enseignement, de formation et de recherche. Il est implanté dans les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU).

D. Les CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

Le dispositif appelé « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC) est spécifiquement orienté vers les adolescents, les jeunes adultes et/ou leurs parents, en assurant une prise en charge anonyme et gratuite. Les patients pris en charge présentent une problématique de troubles liés à l'usage de substances, des jeux numériques ou d'argent, et dont la motivation au changement est souvent peu affirmée. Elles ont été mises en place à partir de 2004 et ont vu leur mission renforcée (33) après une série de recommandations de l'Inserm (34), insistant notamment sur le repérage en milieu scolaire. De fait, ce dispositif de consultation intervient en aval d'une « mission CJC », à l'assise plus large, qui inclue l'ensemble des professionnels travaillant auprès des adolescents et qui réalise une action diffuse de sensibilisation et de dépistage.

Environ 260 structures géraient une CJC en 2014 (54% de CSAPA associatifs et 46% de CSAPA hospitaliers ou consultations hospitalières) avec 540 lieux de consultations sur 420 communes. Ces consultations ont accueilli en 2014 environ 30 000 personnes (dont 23 000 consommateurs et 7 000 personnes de l'entourage), à 80% concernant l'usage de cannabis. L'âge médian des consommateurs reçus est de 19 ans, avec 81% d'hommes. 60 % des premières consultations donnent lieu à un suivi (78% en cas de démarches spontanées, 39% en cas d'orientation judiciaire) (35). En 2014, 6% des patients adressés à une CJC l'ont été par un professionnel de santé, dont 2,4% par un médecin de ville. 21% ont effectué une démarche de consultation spontanée. L'orientation principale provient de la justice (38% en 2014) même si cette proportion diminue (48% en 2007). Parallèlement la part de patients adressés aux CJC par le système scolaire a doublé entre 2007 et 2014 (de 4% à 9%). Ces consultations font l'objet d'une campagne de communication spécifique et grand public (36).

E. Les réseaux de santé

Le rôle des réseaux est officiellement de permettre à un patient de bénéficier des soins adaptés et d'une orientation coordonnée, quelle que soit sa porte d'entrée dans le système de soins. Avant tout, ils sont voulus comme un dispositif d'action vers une plus forte intégration de l'offre de soins, induisant de nouvelles normes de travail et instituant une logique de coordination en lieu et place d'une logique de prescription (37). Ils ont pour objectif affiché un double bénéfice, pour le patient par une prise en charge complète et précoce et pour le soignant par la création de partenariats entre professionnels d'un territoire donné et la mutualisation d'un savoir-faire.

De fait, les « réseaux » existaient déjà avant leur officialisation (38) par la loi du 4 mars 2002 ; la création de financements propres leur ont donné des moyens, mais également des lourdeurs administratives inhérentes à leur un caractère formel et leur cadre juridique (39).

Les réseaux regroupent les différents professionnels de santé d'un même territoire et portent sur une problématique ou une pathologie précise, qui peuvent être très diverses et le plus souvent chroniques. Ils sont un lieu de réflexion de groupe afin de mettre en commun les expériences et de convenir de « bonnes pratiques ». Ils peuvent mettre à la disposition de leurs membres un annuaire des différents intervenants (institutions ou professionnels du territoire) et des protocoles de soins. Ceux-ci doivent guider le praticien dans des situations cliniques précises et présentant un intérêt médico-légal pour le praticien en cas de questionnement judiciaire (overdose d'un patient) ou administrative (prescription de TSO) (40). Les réseaux assurent également une fonction de formation professionnelle continue, importante à une période où le champ de l'addictologie change rapidement et où les traitements évoluent. Aux patients, ils donnent accès gratuitement à différentes prestations spécialisées. Dans le cadre des addictions il peut s'agir par exemple de consultations avec un psychologue ou un diététicien, ou de soins dentaires au tarif conventionnel (41). Le financement des réseaux est assuré par l'Agence Régionale de Santé (ARS)⁷.

Il existe plusieurs limites aux réseaux en général et qui ne sont pas spécifique à ceux d'addictologie : ils induisent une rupture avec la définition de la médecine libérale, diminuant l'autonomie en instituant une interdépendance (source d'inconfort pour nombre de praticiens) (37) ; ils sont administrativement lourds (40) ; un même soignant ne peut s'investir dans tous les réseaux de soins spécifiques, nombreux en raison de la diversité des affections chroniques. L'investissement dans un réseau nécessite du temps et une motivation au long terme (un don

⁷ Articles L6321-1 et L6321-2 du Code de la santé publique.

ou un « sur-travail » (39)) et une répartition des engagements entre généralistes, à l'image des cabinets infirmiers, est peu envisageable (37), à moins d'être d'emblée dans une démarche de sur-spécialisation (42). Les réseaux souffrent enfin de l'ambiguïté de leur exercice entre une dépendance matérielle mais aussi symbolique (et réciproque) à leur(s) fondateur(s) et une dépendance financière (« dépossessive ») à l'institution (39). Il existe un fort paradoxe entre une demande de flexibilité au plus près des besoins des patients et une évaluation rigoureuse exigée par la tutelle, à l'aide d'indicateurs formels et précis (37).

F. Les associations d'entraides

Les mouvements d'entraides existent depuis plus d'un siècle. Initialement tournés vers les personnes en difficulté avec l'alcool, ils s'adressent à présent aux personnes usagères de l'ensemble des substances psychoactives, avec l'existence ou non de segmentation en fonction des groupes. Ces associations ont pour objectifs d'apporter un soutien, un suivi et un accompagnement de long terme aux personnes souffrant de leur consommation de produits psychoactifs et à leur entourage (43). Elles s'appuient sur le partage d'expérience et de lieux de convivialité entre pairs, hors de tout jugement. Certaines font appel à un certain degré de spiritualité, notamment les Alcooliques Anonymes (AA) qui est la plus connue du grand public (44). Il existe donc une multitude de cadres plus ou moins formels et théoriques, reflétant la diversité des aspirations humaines dans la vie collective. A l'échelle nationale, il existe également Vie Libre, La Croix-Bleue, les Narcotiques Anonymes, Alcool-Assistance, Les Amis de la Santé, Revivre. Sur le territoire étudié, nous pouvons noter la présence de l'ACERMA (Association pour la Communication, l'Espace et la Réinsertion des Malades Addictifs). Elle cherche à aider les malades à se stabiliser, à travers une démarche créative et culturelle (45).

G. Les Urgences hospitalières

Les Urgences accueillent beaucoup de patients confrontés à des problématiques addictives (46–48). Leurs motifs de consultation peuvent être en lien direct avec l'intoxication aiguë ou le sevrage des diverses substances psychoactives et se révéler par des manifestations cliniques très diverses (coma, hypothermie, hypoglycémie, trouble du rythme cardiaque, agitation, trouble du comportement, délire,...) (49,50). Pour plusieurs complications, notamment traumatiques (accidents de la voie publique (AVP) ou domestiques (50)), la problématique de l'usage de substances est souvent négligée. C'est moins le cas pour les complications digestives (hémorragie digestives, pancréatite, hépatite alcoolique aiguë, ...) et infectieuses (abcès, endocardite...). La prise en soins de l'usage problématique de substances dont souffre le patient n'est pas ici considérée comme urgente et n'interviendra au mieux que dans un second temps (46,48). Ces situations aiguës peuvent cependant être d'importants leviers dans la prise de conscience des patients sur leurs consommations, ou juste une porte d'entrée dans le soin pour les plus jeunes, qui souffrent moins de complications chroniques. C'est dans cette optique que le législateur demande la mise en place d'ELSA dans l'ensemble des hôpitaux disposant d'un service d'urgence.

Par ailleurs de nouvelles pistes pour l'orientation des patients dépendants dès les Urgences sont en cours : la consultation post-urgence d'addictologie, ou les lits d'hospitalisation aiguë d'addictologie. Contrairement à l'idée commune, une hospitalisation dès les urgences en service de médecine addictologique peut s'avérer aussi efficace qu'une hospitalisation programmée pour sevrage, en terme d'adhésion à un suivi addictologique (51).

III. Addictologie et médecine générale

A. Le médecin généraliste

Comme par l'ensemble des maladies chroniques, qui accompagnent la vie des patients, le médecin généraliste est pleinement concerné par les addictions. C'est une question importante dans sa pratique clinique tant par sa fréquence que par les conséquences physiques, psychiques et sociales qu'il est amené à prendre en charge. Sa position naturelle de médecin de la cité lui donne une place privilégiée (52), que les institutions sanitaires s'attachent à présent à mettre officiellement (31) au centre d'un dispositif de coordination des acteurs de soins (statut de médecin traitant⁸). Les outils à sa disposition s'étoffent au fil des ans et de la réorganisation de la filière.

La nature des substances et le type d'usage sont très diverses en population générale et dans la population consultant un généraliste. L'importance du dépistage est non seulement établie mais clairement prescrite par les institutions sanitaires (53–57). La position centrale du médecin généraliste est spécialement affirmée dans le champ des addictions, celui-ci ayant l'avantage d'être à proximité, disponible et souple sur ses prises en charge (58), là où l'ambivalence du patient, la crainte de sa stigmatisation et la relation de confiance tiennent une place majeure (59). Il est aussi au premier temps de l'apparition des complications.

Mais le généraliste a aussi souvent une place ambivalente, faite de doute, de crainte et de peur. Le manque de formation technique (théorique et pratique) s'associe au manque de formation au relationnel, et le généraliste doit souvent chercher son chemin face à une problématique rencontrée pour la première fois sur le terrain et non sur les bancs de la faculté (60), faisant

⁸ Art. L162-5-3 du Code de la sécurité sociale

appel à des « recettes » plus qu'à des savoirs (5). De fait, la médecine générale est le métier originel du médecin, et les généralistes se doivent par nature de savoir traiter de l'ensemble des problèmes médicaux de leurs patients (61). Le champ d'activité du généraliste se définit par les sollicitations des patients, là où le spécialiste choisit son domaine de travail et peut s'y limiter. Le généraliste doit « faire face » aux besoins des patients qui le consultent (6). C'est le « phare dans la tempête » du Dr Jean Carpentier, même si les temps ont changé et les choses évolué depuis ce constat des années 80-90 (9). Les réticences s'apaisent, suivant le développement structurel, médical et symbolique de l'addictologie (11). Le généraliste ne « bricole » pas (ou plus) mais semble composer avec les cadres et les réglementations pour constituer « un maillage de réponses médicales hétérogènes au problème des drogues » (62). Si le secteur spécialisé s'est efficacement structuré, c'est justement la coordination de ces deux acteurs qu'il convient d'explorer.

B. Prise en charge des addictions par les généralistes en France

Le fait que les consommations de substances psychoactives soient très présentes chez les patients consultant le généraliste ne signifie pas qu'elles y sont visibles, ni prises en charge médicalement. L'enquête nationale du « Baromètre Santé 2009 » (13) a interrogé plus de deux milles généralistes sur le nombre et le mode de prise en charge d'usagers de drogues illicites, l'alcool et le tabac.

Concernant les opiacés, deux tiers des généralistes interrogés (64,3%) déclaraient recevoir des patients dépendants, la moitié (49,1%) en voyait au moins un par mois, 11,8% au moins cinq et 4,7% dix ou plus par mois. Le nombre de patients suivis par les généralistes évolue pour l'ensemble de ces classes à la hausse depuis 1998 (à l'époque 35% déclaraient en recevoir au moins un par mois). Le nombre d'usagers d'opiacés suivis mensuellement par leur généraliste

était estimé à 110 000 en 2009 (vs 100 000 en 2003). Parmi la moitié qui voyait au moins un patient par mois dépendant au opiacés en 2009, 87% prescrivait un TSO (77% de la buprénorphine haut dosage (BHD) et 38% de la méthadone). Si les pourcentages prescrivant un TSO en général et de la BHD sont globalement stables depuis 2003, on note une augmentation notable de la prescription de méthadone, avec un pourcentage de généralistes concernés passant de 12,6% en 1998 à 37,7% en 2009. La méthadone reste, au premier semestre 2016, en primo-prescription, réservée aux médecins exerçant en établissement de santé, avec un projet en cours d'extension encadrée de ce droit de primo-prescription aux généralistes en cabinet de ville (63,64).

Concernant les patients usagers de cocaïne, d'amphétamine ou d'ecstasy, une grande majorité de généralistes (78,2%) déclarait n'en voir aucun. Seul 11,5% en recevaient au moins un par mois et 1,8% plus de cinq.

Concernant le cannabis, 40,7% des généralistes interrogés déclaraient ne voir aucun patient concerné. 36,2% en recevaient au moins un par mois et 4,6% plus de cinq. Bien que la consommation de cannabis (3% d'usage régulier chez les 18-64 ans) soit nettement plus importante que celle d'opiacés (0,2%) (15), elle se retrouve moins dans les consultations de médecine générale : la prescription de TSO induit de fait des consultations mensuelles, mais il existe également un déficit de dépistage de l'usage du cannabis dans les patientèles de médecine générale (65).

Le sexe masculin, le fait d'exercer dans un cabinet de groupe ou de recevoir plus de 10% de CMU étaient statistiquement associés au fait de suivre au moins un usager par mois, pour une dépendance aux opiacés ou une consommation de cocaïne, d'amphétamine ou d'ecstasy.

En pratique, seule une minorité de généraliste déclarait prendre en charge seule les consommations de drogues illicites (hors cannabis) de leurs patients (6,8%). Un tiers (31,8%) le faisait en lien avec une structure. Deux tiers (61,4%) l'adressaient à une structure ou un

confrère. Pour le cannabis, la prise en charge était effectuée seul pour 27,7% des généralistes, en liaison pour 34,0% et déléguée pour 38,3%.

Concernant les drogues légales, 69% avaient déclaré avoir vu un patient pour un sevrage tabagique dans les sept derniers jours et seulement 5,5% déléguaient cette prise en charge à un confrère ou une structure.

La moitié des généralistes (53%) déclarait avoir reçu un patient dans le cadre d'un sevrage en alcool dans les sept derniers jours. Cette prise en charge s'effectuait seul pour 17,0% d'entre eux et en majorité en lien avec une structure ou un confrère (59,7%). Un peu moins d'un quart (23,3%) déléguait cette prise en charge des consommations d'alcool.

Le sexe masculin, l'âge plus élevé, le fait d'exercer dans un cabinet de groupe ou de recevoir plus de 10% de CMU étaient statistiquement associés à la vue d'au moins un patient par semaine pour un sevrage en alcool. Pour le sevrage tabagique, ces différences s'effacent et la seule restant significative était l'âge plus élevé du médecin.

Globalement les médecins femmes déclaraient moins prendre en charge seules les problématiques addictives (ensemble des substances) et travailler davantage en lien avec une structure (tabac, alcool, cannabis) ou déléguer davantage à une structure ou un confrère (drogues illicites dont cannabis). Elles déclaraient aussi utiliser davantage les outils de repérage par questionnaire.

C. Prévention et dépistage

Comme le montre le volet « prévention » de ce même Baromètre santé 2009 (66), les médecins généralistes considèrent quasi unanimement que la prévention des addictions (tabac, alcool et cannabis) fait partie de leurs missions. Cependant, en pratique, ils interviennent presque tous sur le tabac, mais bien moins sur l'alcool ou le cannabis (13). Si 89,2% des

généralistes jugeaient plutôt facile d'aborder la consommation de tabac, ils n'étaient plus que 61,4% pour l'alcool et 57,0% pour les drogues illicites (66).

Dans une étude réalisée dans le département du Vaucluse, le sentiment d'efficacité des généralistes semble plus faible vis-à-vis de la prévention des addictions (67% pour les médicaments psychotropes, 53% pour le tabac, 23% pour l'alcool, 21% pour les drogues illicites) que vis-à-vis des actions de dépistage des cancers (96%) ou d'éducation thérapeutique ciblée sur l'hypertension (92%), le diabète (83%) ou l'asthme (81%), ou même l'usage de préservatif (67%) et l'exercice physique (56%) (67). Et parmi la prévention des addictions c'est celle des médicaments psychotropes à initiation souvent médicale qui emporte le plus de sentiment d'efficacité.

Il est intéressant de constater que si l'impression d'efficacité de la prévention de l'addiction à l'alcool semble faible (23%) chez les généralistes et mitigée pour le tabac (53%) (67), la moitié déclarait tout de même avoir pris en charge au moins un patient pour un sevrage en alcool dans la dernière semaine et 69% pour un sevrage tabagique (13). De même, une étude effectuée en 2005 dans la région parisienne retrouvait une meilleure connaissance de la pathologie alcoolique par les généralistes dès lors qu'elle était sévère et compliquée (68).

Ainsi les généralistes semblent plus à leur aise dans la prise en charge thérapeutique d'une problématique déjà installée, nécessitant des soins, que dans la prévention d'une maladie aux causes psycho-sociales fortes.

D. Limites

Il existe un certain nombre de freins à la prise en charge des addictions par le généraliste en médecine de ville, rapportés principalement par les études qualitatives.

En premier lieu, il existe un hiatus entre la facilité déclarée par les généralistes à aborder la question des consommations d'alcool et le ressenti des patients alcoolo-dépendants suivis en structure spécialisée (66,69) : selon une enquête récente réalisée à Paris, ces patients ne reconnaissent à leurs généralistes qu'un rôle minime dans le dépistage de leur trouble et leur orientation dans le dispositif de soins (70). Cette étude décrit le point de vue spécifique des patients du CHU (à priori plus graves) sur la ville, et les témoignages décrivent la faiblesse des dialogues avec leur généraliste. Ce jugement semble plus nuancé chez les patients suivis dans un CSAPA de ville, mais la présence de réticences mutuelles reste décrite (71).

Il est possible que les patients les plus sévèrement touchés et ne souhaitant pas en parler repoussent les propositions de leurs généralistes. Et donc, dans une posture tautologique, ils sont adressés aux services spécialisés en addictologie une fois que le trouble de l'usage de substances se fait jour lors de complications somatiques. Le médecin de famille est aussi le médecin « de la famille » et il est possible que certains patients souhaitent extraire leur problématique addictive, moralement connotée, de leur suivi général (72). Il est aussi possible que les généralistes assurent un dépistage sélectif plus ou moins conscient des patients les moins atteints par les troubles de l'usage de substances, qu'ils seraient en capacité de soigner plus efficacement. Sentiment qui pourrait être renforcé par la crainte d'un manque de compliance, présent pour l'ensemble des maladies impliquant un mode de vie (73–75).

Il est par ailleurs établi que les médecins généralistes n'ont pas réellement de pratique « généraliste » au sens strict du terme. L'activité professionnelle est fondée sur des choix sélectifs, qui dessinent parfois une spécialisation informelle (42). De fait les généralistes qui se déclarent peu à l'aise avec le fait de parler d'addictions avec leurs patients ou qui jugent ne pas être franchement dans leur rôle, déclarent aussi voir moins de patients souffrant de troubles de l'usage de substance (et ce pour tous les produits) et nécessairement moins les prendre en charge (13). De même, le choix de se tourner vers la pédiatrie, la gynécologie ou la

gériatrie est parfois évoqué pour justifier une moindre attention aux addictions (58). Le fait, pour les généralistes, de parler des troubles de l'usage de substances psychoactives avec leur patient semble également lié à l'acceptation sociale de chaque substance (76).

Au-delà des limites qui tiennent à des sensibilités personnelles et à la formation sur le « savoir comment en parler » (5,77) et sur la manipulation des médicaments (78,79), il existe plusieurs limites matérielles : la problématique de l'isolement du médecin généraliste face à une problématique plurielle parfois difficile à résoudre seul (74,75,80) ; celle du temps de soins disponible, en général dans le contexte de tension démographique, mais aussi liée à la rigidité de la rémunération à l'acte du généraliste (75,81,82). Concernant la prévention, la réalisation des actions de dépistage lors d'une consultation de soins motivant initialement la venue du patient, serait une seconde consultation dans la première (83), voir une deuxième journée de travail (84). La prise en charge des addictions est également considérée en soi comme « chronophage » par une partie des médecins, même en y dédiant une série de consultations (69,74,80,85). De même, une partie des généralistes estime ne plus pouvoir faire face dès lors que la problématique psychiatrique ou sociale se pose avec plus d'acuité (40).

E. Une prise en charge parallèle, en lien ou concurrente aux centres spécialisés ?

Les médecins généralistes de ville n'ont pas le monopole des soins primaires, au-delà des questions qui accompagnent le choix du médecin traitant par le patient (qui peut aussi être théoriquement un spécialiste). Les CSAPA et les CAARUD assurent aussi des soins de premier recours et dispensent des consultations généralistes. En pratique, une partie des patients qu'ils suivent n'ont pas de médecin généraliste de ville ou n'y ont que peu recours. Les généralistes pourraient ressentir un sentiment de dessaisissement de leur fonction de coordinateur des soins du patient (5). Cependant, du fait du contexte global de manque de

généralistes, il ne semble pas exister de concurrence de patientèles entre les centres spécialisés en addictologie et les médecins généralistes de ville, en termes de quantité d'activité. De plus, si la plupart l'accueillent avec bienveillance, l'addictologie n'apparaît pas comme un domaine d'exercice recherché par les généralistes, à l'instar de la psychiatrie (6). Une partie s'en détourne même franchement, faisant apparaître la question épineuse de la limite entre « délégation » et « relégation » de la prise en soins.

Persiste la problématique de l'articulation des soins : si les structures spécialisées en addictologie sont jugées indispensables par une partie des généralistes (74,75,79) et semblent utilisées dès lors qu'elles sont connues et identifiées (76,79,86), la satisfaction de ceux-ci modère le recours effectifs à leurs services (86). Il existe un manque certain de communication entre professionnels (75,79). Mais au-delà de cet état de fait, les motifs de recours précis aux structures spécialisées et les raisons qui les guident sont peu étudiées.

IV. Le territoire de l'étude : le Nord-Est de Paris

Cette enquête porte sur les généralistes exerçant dans les quartiers de Paris situés autour de l'Hôpital Fernand Widal, établi dans le 10^{ème} arrondissement à la frontière du 18^{ème}. Il s'agit du Nord-Est de la capitale et plus précisément nous avons choisi la délimitation administrative des 9^{ème}, 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Paris présente une organisation urbaine et sociodémographique particulière, avec des caractères communs aux centres-villes des grandes aires urbaines françaises, mais aussi spécifique de par son histoire et son statut de capitale dans un pays fortement centralisé. Nous avons ainsi choisi de faire un focus au sein de cette grande métropole, sur une fraction de Paris.

A. Un territoire dense, diversifié et en mutation

Ces quatre arrondissements présentent une densité très importante, une grande diversité sociodémographique et une hétérogénéité notable dessinée par l'histoire. Celle-ci dépasse les frontières administratives des arrondissements et celle des quartiers administratifs définis en 1860 (vingt arrondissements et quatre « quartiers » par arrondissement (87)). Ces limites sont actuellement celles utilisées par les démographes et les pouvoirs publics pour caractériser la ville et permettent de marquer des différences qui ont encore toute leur pertinence.

Une des caractéristiques de la construction de Paris est d'avoir vu son extension géographique marquée par le déplacement des murs de la ville et l'investissement progressif de la succession des zones *non-aedificandi*. La ville a ainsi connu un développement irrégulier avec une construction dense aux ruelles étroites obligée régulièrement de déborder des murs sur la plaine, décrit comme un phénomène d'implosion/explosion (88). Ces poussées successives ont fini par englober les anciens villages périphériques (Belleville, Pré-Saint-Gervais, Villette, Chapelle, Montmartre, etc.) (89).

Les 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements constituent les anciens « faubourgs » construits dès le quinzième siècle au-delà des murailles de Charles V (érigée de 1356 à 1383) et de Louis XIII (1633-1636). Ils sont délimités au sud par les boulevards « intérieurs » dits « Grands Boulevards », que Louis XIV a fait construire à la place des anciens murs et au nord par le tracé du mur fiscal des Fermiers-Généraux (1784-1790). Ces anciens faubourgs furent, à l'Est, riches en manufactures et usines, accueillant ouvriers et artisans quand l'Ouest, sur les plaines maraichères, se fit plus bourgeois et résidentiel (90). Ainsi c'est l'Ouest du 9^{ème} qui accueillit au XIX^{ème} siècle les banques et les sièges des sociétés d'affaires (89), ce qui perdure aujourd'hui (91).

Les 18^{ème} et 19^{ème} arrondissement correspondent aux anciens villages et aux quartiers construits au XIX^{ème} siècle entre l'enceinte des Fermiers-Généraux et les fortifications de Thiers (1841-1844) (90). Puis après la destruction de ces dernières dans les années 1920, il faut ajouter la ceinture des premiers logements sociaux, visibles à leurs briques rouges, bâtie sur la « zone » au début du XX^{ème} siècle. Ces arrondissements constituent actuellement la limite nord de Paris, ceints par le périphérique. Riches en hôtels meublés et en taudis, ils accueillirent au XIX^{ème} siècle l'exode rural et la population ouvrière de la révolution industrielle originaire de France et d'Europe ou chassée du centre de la ville, puis au XX^{ème} siècle celle des colonies et des autres pays du « Sud » (92,93), à proximité des gares du Nord et de l'Est. Situés à l'origine au-delà de la barrière d'Octroi et des taxes diverses notamment sur les biens de consommation (viandes, vins, alcools...), les tavernes, cabarets et théâtres y élurent résidence. C'est dans la suite des récits d'Eugène Süe, le Paris de Zola (94), qui l'a décrit tout en le marquant d'une étiquette, presque indélébile, voir un « stigmat » (95,96). *L'Assommoir* a ainsi pour cadre la Goutte d'Or (90). Ces quartiers sont marqués depuis par une perpétuelle réorganisation ethnique et sociologique avec un cycle que certains chercheurs qualifient d'« infiltration-invasion-succession » (92) et qui en ont fait l'histoire et la mosaïque actuelle.

La présence des carrières de gypse dans les buttes (la butte Montmartre, les Buttes-Chaumont et ses extensions, les buttes du Chapeau-Rouge et Bergeyre) a également façonné la ville en imposant la construction de maisons de faible hauteur. Ces quartiers anciennement ouvriers, à l'aspect « villageois », sont aujourd'hui les têtes de pont de la gentrification (97).

Les rénovations-destructions du vieux bâti, comme les travaux d'Hausmann puis, plus tard, la construction des tours de logements sociaux dans les quartiers Villette-Flandre et Place de Fêtes, mais aussi les travaux plus diffus comme à la Goutte d'Or, ont poursuivi ce développement historique de Paris en déplaçant les classes populaires vers la périphérie ou en

les y fixant dans les grands ensembles (88,98). Ces grands-ensembles de logements sociaux assurent ainsi le maintien d'une mixité sociale au sein de la ville (99). Paris s'étant étendu par couches centrifuges, cette segmentation de la ville se retrouve sur l'ensemble de la partie Est de Paris. L'Ouest est, par opposition, depuis le XVIII^{ème} siècle, le lieu de la nouvelle centralité politique, diplomatique, économique et financière de la France et le lieu de vie des classes dominantes (aristocratiques et haute bourgeoisie) et d'une partie de leurs domestiques (89,97). Les immeubles neufs, hôtels particuliers ou édifiés pré-haussmanniens les accueillirent mieux dans ces nouveaux quartiers chics que le vieux centre saturé de la ville, qui fut réinvesti plus récemment.

Ces arrondissements sont donc, mis à part le 9^{ème}, des quartiers historiquement populaires et denses, mais travaillés par une réorganisation sociologique (100) et une gentrification qui leur confère une grande mixité socio-économique et culturelle (99). On voit s'installer, de façon irrégulière, cadres et professions intellectuelles (101), marquées par un capital intellectuel et culturel plus que pécuniaire et différant donc nettement de la bourgeoisie de l'Ouest. Cette dernière les pousse elle-même hors du centre de Paris dans une succession de « front » d'embourgeoisement de la capitale (97). Ces arrondissements ont dans l'ensemble un profil davantage résidentiel et locatif que le reste de Paris (102), bien que la partie sud-ouest du 9^{ème}, vers le quartier de l'Opéra, fasse là aussi exception et accueille davantage de bureaux à l'image du centre-ouest de la ville (91,98). Ils sont également pour les 10^{ème} et 18^{ème} des lieux de vie diurne et/ou nocturne, de rencontres et d'implantation de commerces spécialisés de communautés métissées dont les membres ne logent pas ou plus dans ces quartiers (Tamouls, population originaire du Maghreb, d'Afrique Sub-saharienne,...). L'Est de Paris accueille de ce fait une grande diversité de culture et sous-cultures, issus du brassage de population.

Le prix des logements y est globalement moins élevé qu'à l'Ouest et au centre de Paris (103), bien que progressant avec l'évolution globale à la hausse des prix de l'immobilier (104) (cf.

cartes en annexe). Ces augmentations importantes des prix du logement reflètent le pouvoir économiques des nouveaux arrivants et les mutations en cours, mais décrivent mal les caractéristiques de l'ensemble des habitants, bien plus mélangés. L'Est du 18^{ème} et le 19^{ème} suivent ainsi de près le 20^{ème} pour le nombre de logements insalubres recensés par la Préfecture de Police (87). Viennent ensuite le 10^{ème} et le 11^{ème} arrondissement.

Les habitants de ces quartiers sont particulièrement touchés par la précarité avec, dans les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, des taux de pauvreté et de chômage les plus forts de la capitale et un revenu médian par habitants le plus faible (105) (cf. carte en annexe). La proportion de population étrangère et immigrée y est plus importante que dans le reste de Paris et que dans le 9^{ème} (cf. carte en annexe) et celle-ci recoupe les divisions sociales de l'ensemble de la population (ouvriers versus diplomates et hommes d'affaires) mais aussi géographique en fonction des pays d'origine (98). Ces marqueurs sociodémographiques restent cependant moins prononcés que dans les communes de la proche banlieue en Seine-Saint-Denis, situées au-delà du Périphérique (102).

En reflet de cette mixité sociale, Paris est globalement marqué par des inégalités de revenu importantes. En 2012, le rapport entre les 90^{ème} et 10^{ème} déciles du revenu disponible par unité de consommation est presque le double de celui de la France métropolitaine (6,7 contre 3,5) et nettement plus élevé aussi que celui de la région (4,6 et lui-même taux régional le plus élevé de France métropolitaine) (105). La cohabitation dans un même lieu de classes sociales très diversifiées laisse entrevoir une distinction nette entre quartiers riches et quartiers nettement plus pauvres (98,106). Le 19^{ème} est ainsi marqué par l'importance du nombre de tours de logements sociaux autour de l'avenue de Flandre (reliant Stalingrad à la porte de la Villette) ainsi qu'à Place des Fêtes ou Belleville, tout autant que par l'habitat d'une classe moyenne intellectuelle dans les anciennes fabriques ou maisons ouvrières autour des Buttes-Chaumont, du quartier de la Mouzaïa ou sur la butte Bergeyre (93,107). Tout comme pour le 20^{ème}, cette

importance du nombre de logement sociaux est un frein au remplacement sociologique dans une grande partie du 19^{ème}. Le 18^{ème} est lui coupé en deux entre la Butte Montmartre, ses contreforts Nord (métro Lamarck et Jules Joffrin) et Ouest (cimetière Montmartre) et les quartiers de La Chapelle et de la Goutte d'Or (108). Les classes populaires de ces derniers résistant tant bien que mal à la rénovation du quartier (93), grâce entre autres à la politique de relogement intra-muros qui accompagne les réhabilitations et reconstructions d'immeubles.

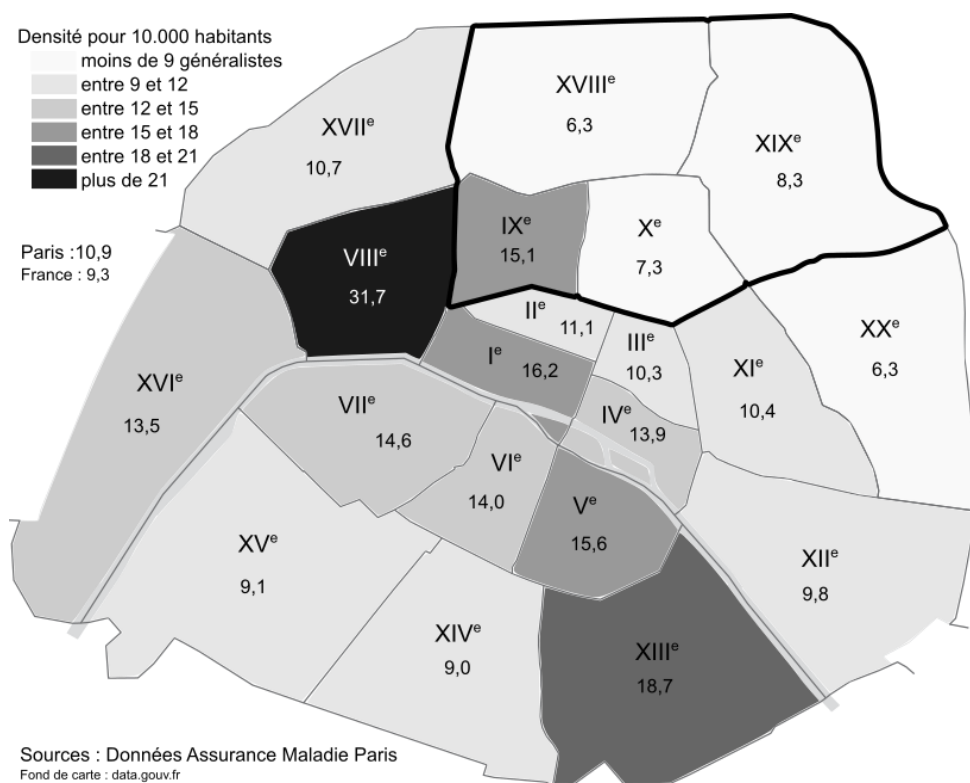
Dans le 10^{ème}, il persiste les quartiers populaires du Château d'Eau et du haut du Faubourg du Temple, le bas-Belleville. Ici aussi le travail de renouvellement des habitants suit son cours, transformant des quartiers autrefois réputés pour être des lieux de trafics et de consommation de drogues illicites en havres pour la vie familiale et artistique (99,109). Le 9^{ème} est par contre toujours un arrondissement plus bourgeois (91,98,102).

Paris est marqué par un maillage très fin de ces découpages socio-spatiaux (98). Avec une densité très importante, il en résulte pleinement l'essence même de la ville : « un maximum de réalité sociale dans un minimum d'étendue » (110).

B. Un territoire « déficitaire » en généralistes

Les arrondissements du nord-est de Paris, à l'exception du 9^{ème}, présentent globalement un taux de généralistes par habitants plus faible que dans le reste de la capitale et davantage installé en secteur 1 (111). Selon les données de l'Assurance Maladie, Paris comptait, au 1^{er} janvier 2015, 2478 généralistes libéraux soit 10,9 généralistes pour 10.000 habitants (111). Cette densité varie de 1 à 5 en fonction des arrondissements. On observe ainsi un minimum à 6,3 (dans les 18^{ème} et 20^{ème}) avec un maximum de 31,7 (dans 8^{ème}).

Carte 1 : Densité des généralistes libéraux pour 10.000 habitants à Paris au 1^{er} janvier 2015, selon les données de l'Assurance Maladie



Dans le 10^{ème} arrondissement, la densité est de 7,3 généralistes pour 10.000 habitants (70 praticiens), dans le 19^{ème} elle est de 8,3 (156 praticiens) et donc de 6,3 dans le 18^{ème} (127 praticiens). Le 9^{ème} possède à contrario un taux élevé de 15,1 généralistes pour 10.000 habitants (91 praticiens). Cette densité est retrouvée par l'étude « Demomed 75 » (112–115), qui annonce également que ce manque de généralistes ne devrait pas s'améliorer dans les années à venir avec le départ à la retraite d'un certain nombre de praticiens. Ce constat a conduit l'ARS Ile-de-France à définir les arrondissements périphériques Est et Nord de Paris, à l'instar des territoires contigus de la Seine-Saint-Denis, comme prioritaires dans sa politique de soutien à la médecine générale et de premier recours (cf. carte en annexe). La ville de Paris fournit, avec son dispositif ParisMed, une aide complémentaire à l'installation dans l'Est de la ville (116).

Par ailleurs, le 9^{ème} a la particularité de disposer de plusieurs Centres de Santé concentrés autour des quartiers Opéra-Havre-Caumartin-Gare-Saint-Lazare, quartiers des banques et grands-magasins. Leur spécificité est de s'adresser aux salariés des entreprises installées autour. Le pourcentage de généralistes installés en secteur 1 était, au 1^{er} janvier 2015 et toujours selon les données de l'Assurance Maladie (111), de 51% dans le 9^{ème}, 66% dans le 10^{ème}, 80% dans le 18^{ème} et 82% dans le 19^{ème}. La moyenne parisienne est de 59% (minimum de 17% dans le 7^{ème} et maximum de 89% et 90% dans les 13^{ème} et 20^{ème}) (cf. carte en annexe). Or ces deux facteurs démographiques (manque de généralistes et rémunération à l'acte limité au tarif conventionné) sont décrits dans les études qualitatives comme des freins pour avoir le temps et la disponibilité nécessaires à la prise en charge des addictions en médecine générale (69,70,78,80,81,84). C'est d'ailleurs ce qui a conduit à organiser la rémunération par dotation globale des CSAPA.

Concernant la typologie des patients consultants les généralistes, ces différences entre quartiers se ressentent, même s'il s'agit de perceptions subjectives. Nous n'avons pas retrouvé d'étude comparant les patientèles de ces quartiers précis. En 2008, la Société française de santé publique, l'association Epimer et des généralistes concluaient à la nécessité de développer les moyens pour collecter des données et mener de telles études (117).

A une échelle plus macroscopique, les inégalités sociales de santé sont un facteur important. Il est établi que l'état de santé des individus est en partie lié à leur position sociale (118,119), mais aussi territoriale (120). L'imbrication de ces deux aspects et les biais de confusion qui en résultent sont difficiles à dénouer (99). L'analyse des relations entre santé et disparités socio-spatiales, associant la composante territoriale à la composante sociale, est un champ d'étude complexe qui est en cours de développement en France (121).

C. Un territoire concerné par la problématique des addictions

Les analyses régionales du Baromètre santé 2010 par l'INPES (16), révèlent que l'Ile-de-France est marquée par une consommation de cannabis significativement plus importante que dans les autres régions, tant pour le taux d'expérimentation (une fois dans la vie) chez les 15-75 ans (35% versus 32%), que pour un usage dans le mois et dans l'année (respectivement 6% versus 4,6%). La consommation d'alcool est quant à elle plus faible qu'en national, à la fois pour un usage quotidien (qui est à la baisse) ou à risque (8% contre 8,9% en France), que pour les alcoolisations ponctuelles importantes dans le dernier mois (API) (à 15%, mais qui par contre sont, elles, à la hausse). La consommation quotidienne de tabac est plus faible également et toucherait 27% des 15-75 ans (29,1% au national) et 40 % des 15-30 ans (44% en national). Les expérimentations, chez les 15-75%, de cocaïne ou de poppers sont significativement plus élevées qu'en France (4% versus 3,6% et 6% versus 5,2%), mais pas celle de l'ecstasy (3%).

Les rapports d'activité 2010 des CSAPA d'Ile-de-France nous apprennent qu'ils ont pris en charge environ 47 000 patients dans l'année, soit un taux de 6,15 patients pour 1000 habitants âgés de 15 à 65 ans (24). Ce taux est au niveau de la moyenne nationale, qui est de 6,61. 25 245 patients ont été suivis dans les CSAPA à l'époque encore étiquetés « alcool » (soit 3,31 patients / 10 000 hab., contre 3,97 au national) et 21 706 dans les CSAPA « drogues illicites » (soit 2,84 patient / 10 000 hab., contre 2,64 au national). Nous n'avons pas retrouvé d'étude quantitative récente en population générale, notamment adulte, sur l'usage détaillé des substances psychoactives par les habitants logeant dans le territoire du nord-est de Paris.

L'enquête ESCAPAD Paris 2014 (122), réalisée dans le cadre de la Journée d'Appel et de Préparation à la Défense (JAPD), a montré que les jeunes de 17 ans du Nord-Est de Paris déclaraient une consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy et une fréquence des ivresses plus faible que le reste de Paris. Le 9^{ème} est rattaché dans les études

ESCAPAD au Nord-Ouest, quart de Paris marqué par la déclaration de consommation d'alcool, de cocaïne et d'ecstasy et une fréquence d'alcoolisation plus importante. D'un point de vue plus global les jeunes parisiens déclaraient une expérimentation et un usage des produits plus important que le reste de la région Ile-de-France. Plus largement en France, les jeunes de milieux socioéconomiques favorisés expérimentent plus volontiers que ceux de milieux modestes (34), surtout l'alcool et le cannabis.

Au-delà des pratiques d'usage de substances des populations qui y logent, et à la réserve près qu'on ne voit que ce qu'on regarde (123), ces quartiers sont des lieux « repères » pour la vente ou pour certaines consommations et drainent une population plus large (124). De même, les habitants de ces quartiers peuvent se procurer des produits en banlieue et les consommer dans un autre endroit.

Plusieurs « scènes ouvertes », regroupant des usagers de substances psychoactives se trouvent au Nord-Est de Paris, accueillant notamment des populations précaires et marginalisées (plus visibles), mais pas uniquement (21). Il s'agit de lieux de vente de médicaments opiacés et de benzodiazépines (10^{ème} et 18^{ème}), de crack (18^{ème} et 19^{ème}) et de cannabis (diffus dans tout Paris) (124), mais aussi de consommation (crack). L'héroïne est peu accessible ; elle est rare sur Paris (héroïne brune) et disponible principalement en banlieue proche (héroïne blanche), où les parisiens vont se fournir. Les lieux précis sont fluctuants, au métro Barbès-Rochechouart, à proximité des deux gares, à la Goutte d'Or, à Stalingrad, à Porte de la Chapelle ou à Laumière, en partie à cause des interventions de polices (Zones de Sécurité Prioritaire (125) à la Goutte d'Or et autour du bassin de la Villette et Stalingrad) qui disséminent ces ventes clandestines (21,124). L'implantation est ancienne (126), initialement du cannabis puis des opiacés et ensuite du crack (127). Elle s'est affirmée avec la relégation des usagers et fournisseurs « accessibles » de l'îlot Chalon (128) et plus récemment du quartier des Halles, avant d'être en partie poussée hors de Paris pour finalement y revenir

(124). Ce ne sont pas les seuls lieux concernés en Ile-de-France (129) mais du fait de leur place intra-muros, de la proximité des gares et des beaux-quartiers, ce territoire reste identifié tel-quel dans l'imaginaire populaire. Il s'agit d'un imaginaire ancien qui s'appuie sur une vision forcément inexacte et déformée d'un substrat pourtant bien réel (21,94,124,127,130,131).

Les bords du canal Saint-Martin et de l'Ourcq sont des lieux festifs printaniers et estivaux principalement de consommations d'alcool (132). La typologie de consommation et l'origine des consommateurs de ces lieux semblent superposables aux autres espaces de consommation festive de plein air du Centre et de l'Est parisien (quais de Seine...), en opposition à l'Ouest de Paris (Champ de Mars).

La gentrification continue du territoire est également un fait important pour le dispositif de prise en soin des addictions. En premier lieu parce qu'elle contribue à renouveler la patientèle et à changer sa sociologie avec davantage de consommations « cachées » (123) ou que l'on ne voudrait pas voir, chez des patients plus aisés économiquement. Ces consommations sont plus mondaines ou festives et moins relevées par les témoins et l'usager, en tout cas moins visibles sur l'espace public et médiatique (22,94,96,124,133,134). Mais aussi parce que se fait jour l'utilisation à des fins politiques, par les acteurs de cet embourgeoisement, de la problématique des addictions et notamment de ces questions des pratiques publiques et visibles (128,131,135,136).

D. Pauvreté des données sur les pratiques des généralistes parisiens en addictologie

Dans le Baromètre Santé 2009, les généralistes de l'agglomération parisienne étaient significativement moins nombreux à déclarer voir au moins un patient par mois dépendant aux opiacés comparé aux généralistes français (13). Ce taux ne variait pas significativement concernant le cannabis, la cocaïne et l'ecstasy. Les généralistes franciliens déclaraient également aborder davantage la question des consommations d'alcool et de cannabis avec leur patient et suivre plus de patients pour un sevrage tabagique (mais pas pour un sevrage alcool). Une thèse effectuée en 2012 (137) chez les généralistes du Nord et Nord-Est de Paris (17^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème}), sur la thématique de la douleur, mettait en évidence parmi les 50 répondants (sur 134 contactés) 26% de généralistes déclarant n'avoir vu aucun « patient toxicomane » dans l'année, 52% en avoir vu entre 1 et 10 dans l'année et 22% plus de 10. Ces proportions de généralistes ayant vu des usagers « toxicomanes » semblent plus fortes que celles rapportées par l'OFDT au niveau national en 2001 (59%) (138). Cependant le faible nombre de sujets a conduit à l'absence de calcul statistique et le délai entre les deux recueils biaise cette comparaison. Comme citée plus avant, une étude récente sur les consommations de cannabis de la patientèle d'un cabinet généraliste de groupe du 20^{ème} arrondissement a mis en évidence un manque de dépistage de l'usage du cannabis et du désir d'aide au sevrage ressenti par les patients (65).

Il existait un seul réseau « addictions » à Paris, le Département Addictions du Réseau de Santé Paris-Nord (41), situé sur les 8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissement. Ce réseau avait la particularité d'être un réseau « de territoire » pluri-thématique, à la viabilité réputée plus longue car limitant le fractionnement des professionnels de santé (37). Il a cessé ses activités le 31 décembre 2014. Une partie des activités se poursuit et a été transférée à d'autres réseaux spécialisés (gériatrie et cancérologie).

Alors que les recherches sur l'addictologie à Paris donnent lieu à la production de beaucoup de données, il existe très peu d'études sur l'activité des généralistes parisiens dans ce domaine et sur leur rapport avec les différentes structures spécialisées (CSAPA, CAARUD, consultations hospitalières) qui sont très présentes sur le territoire. Ces dernières, à l'instar des généralistes, sont sollicitées par de multiples intervenants. Cela rend la concertation, l'analyse des besoins réciproques et la coordination des prises en charges malaisées.

V. Les consultations d'addictologie de Fernand Widal

Dans cette étude sur le recours des généralistes aux consultations spécialisées d'addictologies de proximité nous avons décidé de nous intéresser plus particulièrement à celles qu'héberge l'hôpital Fernand Widal. Celles-ci sont réparties sur deux structures : le CSAPA Murger et la Polyclinique Médicale et appartiennent au département de Psychiatrie et médecine addictologique dirigé par le Pr Bellivier. Elles font partie de l'unité fonctionnelle d'addictologie ambulatoire avec l'unité d'HDJ.

A. Histoire de l'hôpital Fernand Widal

L'histoire de « l'établissement de santé » qu'est l'hôpital Fernand Widal remonte à 1656, mais son emplacement actuel au 200 rue du Faubourg Saint-Denis date de 1858 (139).

Initialement, c'est sur le faubourg Saint-Laurent (actuel faubourg Saint-Martin), que saint Vincent de Paul crée une maison de santé, qu'il confie à un ordre de religieuses qu'il a fondé, les Filles de la Charité ou Sœurs Grises. En réalité, c'est davantage un hospice pour des séjours prolongés, où la prise en charge est avant tout spirituelle. Celui-ci dispose d'une

quarantaine de lits. A la suite de la Révolution et de la confiscation des biens de l'Eglise, l'établissement devient en mai 1802 la Maison municipale de santé. Il s'agit d'un hôpital payant de quatre-vingt-huit lits. Il est destiné à soigner la petite bourgeoisie parisienne qui peut se payer ses soins, en contraste avec l'hôpital Lariboisière accueillant plutôt les classes laborieuses. C'est le docteur Antoine Dubois, chirurgien de la Maison municipale de santé, qui lui donne son nom. En 1858 survient le percement du boulevard Magenta et la « Maison Dubois » est déplacée sur l'emplacement actuel, rue du faubourg Saint-Denis. Sa capacité atteint alors trois cents lits. L'établissement prends finalement le nom du docteur Fernand Vidal (1862-1929) en 1959, lors de la création des CHU (Centre Hospitalier Universitaire). Celui-ci y eut en effet son laboratoire de recherche.

L'hôpital s'est spécialisé dans les traitements des intoxications. Il accueille notamment le premier centre antipoison, un service de médecine interne à orientation toxicologique et addictologique, un service de psychiatrie et l'historique Espace Murger. Il y fut installé un service d'Urgences très orienté vers la toxicologie (overdoses, tentative de suicide par médicaments), ainsi qu'une réanimation toxicologique. Ces structures qui ont longtemps participé à l'identité de Fernand Vidal ont été respectivement fermées en 1993 et 1995. Le service de médecine interne toxicologique s'est progressivement réorganisé avec ces fermetures pour se consacrer pleinement à l'addictologique.

Cet hôpital est à présent fondu dans le Groupe Hospitalier Saint-Louis-Fernand-Widal-Lariboisière, et entretient des liens indispensables avec Lariboisière, où sont situés les laboratoires de biologie et la plupart des spécialités et plateaux techniques. Il existe depuis plusieurs années un projet de fermeture de l'hôpital Fernand Vidal dans le cadre de la rénovation des bâtiments de Lariboisière : les activités de soins addictologiques seraient déplacées, dans un futur plus ou moins proche, dans l'enceinte même de Lariboisière.

B. Le CSAPA Murger ou « Espace Murger »

a. Histoire de l'Espace Murger

A la fin des années soixante, à l'hôpital Fernand Widal, la consultation de médecine fait face à l'afflux de nombreux toxicomanes, principalement héroïnomanes. Plusieurs praticiens s'intéressent notamment à cette problématique et réfléchissent à la prise en charge de ces patients.

En 1975, est créée au sein de l'hôpital par le Dr Jean Dugarin une consultation spécialisée dédiée à la prise en charge des patients toxicomanes. Elle prendra le nom d'Espace Murger, en mémoire du romancier Henri Murger (1822-1861), auteur de « Scènes de la vie de bohème » (140), qui décéda le 28 janvier 1861 à la Maison de Santé Dubois, au sein des murs de l'actuel hôpital. Le centre s'est ensuite développé en devenant un CSST puis en prenant l'appellation actuelle de CSAPA en 2010. C'est le premier centre en France à avoir mis en place un protocole de substitution aux opiacés, avec une première file expérimentale de patients sous méthadone dès 1969. Ce qui fut ensuite généralisé dans les années 90, après l'apparition de l'épidémie du VIH.

b. Organisation actuelle du CSAPA Murger

L'Espace Murger est l'un des CSAPA de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Il fait partie de l'unité fonctionnelle d'addictologie ambulatoire, coordonnée par le Dr Vorspan, au sein du service du Pr Bellivier. Le responsable actuel du CSAPA est le Dr Dupuy, qui a pris la suite des docteurs Dugarin et Vorspan.

Bien qu'étant un CSAPA généraliste, il accueille principalement des patients ayant un trouble de l'usage des opiacées et/ou de crack, et dans une moindre mesure de benzodiazépine et

d'amphétaminique. L'alcool étant largement co-consommé par les patients consultants. Le CSAPA reçoit peu de patients pour des addictions sans substance (environ 0,8% en 2014) (141).

L'Espace Murger a reçu en 2014 un peu moins de 1000 patients en consultation, soit davantage que les années précédentes. Cette augmentation semble en partie liée à celle des patients adressés en consultation au CSAPA pour organiser une hospitalisation dans le service hospitalier. En 2014, seulement 8,2% des nouveaux patients ont été adressés par leur généraliste. La majorité consulte par eux-mêmes ou poussés par leur famille ou amis. Un cinquième ont été adressés par d'autres structures médico-sociales ou de bas seuil. Un tiers des patients sont domiciliés hors de Paris, ce qui découle du caractère historique et « hyperspécialisé » du centre vers l'accueil des addictions sévères ou comorbides et de son inclusion dans un CHU. Une bonne part des patients accueillis souffrent également de précarité sociale. Le centre possède un programme de dispensation de méthadone de cent places, saturé, nécessitant l'organisation de relais vers la délivrance en pharmacie, afin de pouvoir accueillir les nouveaux patients.

Intégré dans un service universitaire, l'Espace Murger reçoit des étudiants et internes et a donc aussi la particularité de participer aux travaux de recherche de celui-ci et de l'unité Inserm UMR_S 1144, notamment sur la vulnérabilité et la variabilité de la dépendance aux substances et sur la pharmacologie des traitements de la dépendance.

C. La policlinique médicale

La policlinique est un service de consultations hospitalières, qui appartient aussi à l'Unité Fonctionnelle de consultation ambulatoire d'addictologie du service de Psychiatrie-Addictologie. Nous y trouvons des consultations d'addictologie mais aussi d'Oto-Rhino-

Laryngologie et de maladies infectieuses (VIH et VHC) pour dépister et prendre en charge ces complications secondaires. Elle possède un échographe permettant la réalisation d'élastographie hépatique pour le dépistage des cirrhoses virale et/ou alcoolique.

Les consultations addictologiques y sont historiquement orientées vers la dépendance à l'alcool.

Les patients y sont adressés par plusieurs filières, notamment les médecins généralistes, mais aussi d'autres services hospitaliers ou médecins hospitaliers souhaitant une hospitalisation pour sevrage. Elle accueille par ailleurs la consultation dite de « post-urgence », spécialement dédiée à recevoir les patients adressés par les Services des Urgences de Lariboisière et Saint-Louis, où a été dépisté un trouble de l'usage de substance suite à une consultation au motif variable, lié ou non à leur dépendance (malaise, complication somatique, traumatisme, agression, ivresse pathologique, demande de sevrage...).

Ces consultations s'appuient directement sur l'unité d'hospitalisation de médecine addictologique qui se compose d'une salle de médecine interne de post-urgence et d'une salle de sevrage complexe.

MATERIEL ET METHODE

I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'utilisation des consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal par les généralistes exerçant à proximité. Les objectifs secondaires sont d'évaluer leurs besoins en correspondants et de caractériser l'activité des médecins généralistes concernant l'addictologie, dans le nord de Paris.

II. Matériel

A. La population

Cette recherche porte sur l'ensemble des médecins installés, exerçant une activité de médecine générale, que ce soit en cabinet libéral (individuel ou de groupe) ou en centre de santé. Les médecins à exercice particulier (MEP) (homéopathie, acupuncture, expertise en médecine légale,...) sont inclus si cet exercice ne constitue pas leur unique activité et si ces médecins exercent donc aussi la médecine générale, peu importe la proportion de celle-ci dans leur activité totale. Les médecins retraités sont exclus.

Les remplaçants ne font pas partie de la population principale de l'étude mais leurs réponses sont recueillies dans l'objectif de faire une comparaison secondaire avec les médecins installés.

B. Le choix du territoire

Dans cette étude sur le recours des généralistes aux consultations spécialisées d'addictologies nous avons fait le choix de nous centrer sur le rapport spécifique des généralistes avec les consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal.

Nous avons choisi comme sujets de cette étude les généralistes des 9^{ème}, 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris, constituant le Nord-Est de la capitale.

Nous avons retenu ce territoire principalement pour sa proximité avec l'hôpital Fernand Widal, mais aussi pour la présence de filières de soin addictologique en appui des généralistes et la pertinence de telles filières devant la faible densité médicale et la prévalence particulière des addictions sur ce territoire. Celui-ci est également représentatif du centre et de l'Est de Paris et de la spécificité de la capitale, avec sa densité et sa grande diversité sociodémographique.

Confronté au souhait d'étudier la composante territoriale nous avons fait le choix de nous baser sur les limites des arrondissements et, au sein des 18^{ème} et 19^{ème}, pour séparer ces deux arrondissements en deux territoires d'étude distincts, de nous rapprocher des lignes de délimitation des « conseils de quartier » mis en place par la municipalité (87). Celles-ci nous semblaient plus cohérentes avec la réalité actuelle du terrain que celles des quartiers administratifs de 1860 (87) et surtout plus facilement identifiables par les généralistes répondant à l'étude.

A Paris le maillage socio-spatial et identitaire des quartiers est souvent très fin (98), mais il nous semblait difficile de descendre sous la taille d'un arrondissement parisien moyen.

Nous avons ainsi défini six zones géographiques sensées accueillir selon les chiffres de l'assurance maladie au moins 70 généralistes. Celles-ci sont le 9^{ème} arrondissement, le 10^{ème}, le 18^{ème} Ouest, le 18^{ème} Est, le 19^{ème} Nord-Ouest et le 19^{ème} Sud-Est.

Le 18^{ème} a été découpé en deux selon le tracé Sud-Nord des boulevards Barbès puis Ornano, délimitant à l'Ouest la Butte Montmartre et le quartier Grande-Carrière et à l'Est les quartiers de la Goutte-d'Or et de La Chapelle. Nous n'avons pas repris la limite entre les quartiers administratifs « Goutte-d'Or » et « Clignancourt » sise sur la rue des Poissonniers. Celle-ci

rattachait les quartiers Amiraux et Château-Rouge au quartier administratif de Clignancourt. Nous avons choisi de les joindre à la partie Est de l'arrondissement (Goutte-d'Or et la Chapelle) et de prendre le large boulevard comme césure. Celui-ci marque à présent davantage le dénivelé social entre Est et Ouest du 18^{ème} (89,97,98,108).

Le 19^{ème} a été séparé en deux par le boulevard Jean Jaurès, avec au Nord-Ouest le canal de l'Ourcq et l'avenue de Flandre et au Sud-Est les Buttes Chaumont, une partie de Belleville et la place des Fêtes (quartier Combat et Amérique). Nous n'avons décalé que de peu la limite entre quartiers administratifs, placée rue de Meaux. La différence entre ces deux parties est moins nette que dans le 18^{ème}. Elle est moins homogène, mais elle reste globalement visualisable sur les données sociodémographiques (97,98,107).

III. Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale quantitative, réalisée à partir d'une enquête par questionnaire. Il existe également une partie annexe qualitative avec la présence de questions ouvertes.

A. Réalisation du questionnaire

a. Conception du questionnaire

Nous avons conçu un questionnaire à partir de données de la littérature, de précédentes études portant sur ce thème et de nos réflexions personnelles.

Nous avons décidé de le concevoir en deux grandes parties. La partie principale, objet de ce travail concerne l'utilisation de la filière de soins en addictologie et plus précisément la

connaissance et l'utilisation des consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal (section 3, 4 et 5). L'autre partie porte sur l'épidémiologie et la prise en charge des addictions dans les cabinets de médecine générale. Cette dernière ayant pour objectif de caractériser la population des généralistes pour servir de base à l'analyse de l'utilisation de la filière de soins (section 1 et 2).

Nous avons rédigé une première version qui a été soumise pour évaluation à un panel de vingt-trois personnes, dont dix-sept professionnels de santé (cinq médecins généralistes, trois médecins addictologues, un médecin de santé publique, cinq internes de médecine générale, deux internes de santé publique, une infirmière) et six autres personnes non professionnels de santé de notre entourage personnel.

Une deuxième version a ainsi été établie en tenant compte d'une partie des remarques et a constitué le premier questionnaire de ce travail.

Ce questionnaire a été adressé aux médecins généralistes du 9^{ème}.

Par la suite ce questionnaire a été modifié à nouveau selon deux processus.

A partir des réponses des généralistes du 9^{ème} arrondissement, il a été décidé de raccourcir le questionnaire en abandonnant à la marge certaines questions secondaires, qui ont été jugées peu exploitables (craintes judiciaires ou administratives), non comprises (recours aux Urgences en cas de crise addictologique) ou peu pertinentes et déjà en soit concluantes (intérêt d'un annuaire internet des intervenants en addictologie franciliens).

Par ailleurs, nous avons décidé de rapprocher le travail de recueil de données avec une autre interne en médecine générale francilienne, travaillant sur les mêmes sujets (généralistes parisiens) et sur le domaine de l'addictologie. Celle-ci a conçu un questionnaire propre et autonome sur sa problématique (la prise en charge des hépatopathies) et qui a constitué une autre partie du questionnaire global (cf. annexe). La partie épidémiologique, sur le suivi et la

prise en charge des addictions, servant à caractériser la population des généralistes, devenant commune. Celle-ci n'a pas été modifiée.

Ce questionnaire a été adressé aux médecins généralistes des 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements (cf. annexe).

Nous avons décidé de ne pas interroger les généralistes sur leur besoin en formation en addictologie. Le besoin ressenti par les généralistes de formations sur le sujet est bien documenté (68,74,77–80), y compris sur le territoire de ce travail (137,142), même si les généralistes n'ont pas nécessairement ni le temps, ni la motivation de suivre une formation sur ce thème (79).

b. Publication du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sous un format numérique universel (pdf) et imprimable sur papier, avec le logiciel *Microsoft Word*© et sous format web, à l'aide du logiciel de questionnaire en ligne *Google Forms*© (143).

Nous avons enregistré le nom de domaine « recherche-mg.fr » auprès du registrar Gandi. A partir de celui-ci nous avons créé une adresse contact pour cette recherche (« clergue-duval@recherche-mg.fr »).

Le questionnaire web a été hébergé, le temps de la recherche, sous l'adresse www.recherche-mg.fr (phase 9^{ème}), puis dans un second temps sous l'adresse www.addicto.recherche-mg.fr (phase 10^{ème}-18^{ème}-19^{ème}).

c. Création d'un logo

Afin de favoriser l'identification de l'étude par les généralistes et de maximiser le taux de réponses, nous avons décidé de nous appuyer sur une identité visuelle en créant un logo simple.

Celui-ci reprend une vue stylisée des quatre arrondissements de l'étude (en violet), le W de Fernand Widal associant deux personnes côte-à-côte et les initiales AMGEPW d' « Addictologie en Médecine Générale : Epidémiologie et Partenariat avec Fernand Widal ».

Il a été créé avec le logiciel de dessin vectoriel *Inkscape*.



B. Recueil des coordonnées des généralistes du territoire

a. Recueil des identités et coordonnées téléphoniques

Nous avons initialement contacté le Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins de la Ville de Paris (CDOM Paris) (144), l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IdF) (145), l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux d'Ile-de-France (URPS-ML-IdF) (146), afin de savoir si nous pourrions bénéficier de leurs listes de correspondants médecins généralistes ou s'ils pouvaient servir d'intermédiaire en leur transférant un courriel. Il nous a été répondu que cela était impossible, pour des raisons de

confidentialité (CDOM Paris et URPS-ML-IdF) ou par absence de possessions de telles données (ARS IdF). Il a été également envisagé un appui de l'ARS IdF qui ne s'est finalement pas réalisé.

Nous avons effectué, en juin 2015, une recherche dans l'annuaire de l'Assurance Maladie disponible sur le site ameli.fr (147) à partir du mot clef « médecin généraliste » et successivement des codes postaux des quatre arrondissements (« 75009 », « 75010 », « 75018 » et « 75019 »). Nous avons recueilli manuellement l'ensemble des résultats en relevant sur un premier fichier les nom, prénom, sexe, adresse postale, coordonnées téléphoniques et secteur de conventionnement à la Sécurité Sociale. Dans le 19^{ème}, l'ensemble des médecins exerçant pour SOS Médecins (148) et domiciliés administrativement pour l'Assurance Maladie au 128 boulevard Macdonald ont été exclus, à l'exception de ceux exerçant à une autre adresse du territoire. Nous avons complété ce recueil à partir de l'annuaire des Pages Jaunes (149) en effectuant une recherche avec les mêmes mots clefs que précédemment (en juin 2015 pour les 9^{ème} et 10^{ème} et début août 2015 pour les 18^{ème} et 19^{ème}). Le sexe et le type de conventionnement n'était pas renseigné. Le sexe a été déduit en fonction du caractère genré des prénoms ou, en cas de doute, recueilli lors de l'appel des généralistes. Le secteur de conventionnement a été recueilli lors du contact téléphonique.

Concernant les médecins travaillant en centre de santé, nous avons récupéré la liste des centres et leurs coordonnées postales et téléphoniques par l'annuaire de l'Assurance Maladie ou le site de Pages Jaunes. Nous avons essayé d'obtenir l'identité de médecins y exerçant en téléphonant à ces centres.

Ce fichier a fait l'objet d'une déclaration (n° 1870011) à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

b. Recueil des adresses internet

Les adresses internet des médecins généralistes ont été obtenues auprès de ceux-ci ou de leur secrétariat. Nous avons appelé individuellement chaque généraliste afin de lui présenter notre recherche et de lui demander s'il acceptait de répondre au questionnaire en ligne via un lien adressé par email. Pour ceux qui ne souhaitaient pas répondre sur internet ou qui n'étaient pas informatisés nous avons proposé en alternative de leur adresser le questionnaire par courrier avec une enveloppe retour préaffranchi (affranchissement pour 50g), par fax, ou de venir le remplir avec eux.

Pour les généralistes des 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème}, nous avons divisé la liste en deux parties égales. Nous avons réuni les médecins en fonction de leur adresse postale (afin de regrouper les médecins exerçant dans un cabinet commun) et classé ceux-ci en fonction du numéro de leur immeuble. Puis nous avons attribué la première moitié des sujets au premier investigateur et la deuxième au second.

Chaque investigateur a été chargé de contacter l'ensemble des médecins de sa moitié de liste, ainsi que la moitié des centres de santé.

Après l'envoi du questionnaire par courriel, les généralistes ont été relancés par téléphone et par courriel.

Nous avons également choisi de ne pas adresser de relance par courrier devant le coût financier de cette méthode (2,25€ par envoi) et de nous limiter à un seul envoi, avec des relances par téléphone.

Les médecins généralistes du 9^{ème} ont été contactés entre fin juin et début octobre 2015. Ceux des 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} entre août et novembre 2015.

C. Outils statistiques et logiciels

Le logiciel *Microsoft Word 2010*® a été utilisé comme traitement de texte. Le logiciel *Zotero* version 4.0 pour le navigateur *Mozilla Firefox* (version 45.0) a été utilisé pour le recueil des références bibliographiques et la réalisation de la bibliographie finale.

Le logiciel *Microsoft Excel 2010*® a été utilisé comme tableur pour relever la liste des généralistes, puis pour les réponses aux questionnaires. Ces deux fichiers ont fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (respectivement déclarations n°1870011 et n°1870015).

Les logiciels *R* version 3.2.2 et *Rstudio Desktop*© version 0.99.484 ont été utilisés pour les analyses statistiques et la réalisation des rendus graphiques. Nous avons choisi d'utiliser un risque alpha à 5% ($p=0,05$).

Les cartes (en annexe) ont été réalisées à l'aide du logiciel de dessins vectoriels *Inkscape* version 0.91, à partir d'un fond de carte public et libre de droit (87).

La géolocalisation des structures spécialisées en addictologie a été effectuée avec le logiciel *Visualiseur d'adresses*© version 1.9 et le *Géoportail*© de l'Institut Géographique National (IGN).

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

146 médecins généralistes ont répondu à l'étude (138 installés et 8 remplaçants).

A. Recueil des données de l'étude

Les identités et coordonnées des médecins généralistes libéraux installés sur le territoire de l'étude que nous avons recueillies initialement comportaient un certain nombre d'erreurs. Un certain nombre de médecins référencés comme généraliste sur l'annuaire de l'Assurance Maladie n'exerçaient pas ou plus une activité de généraliste.

Diagramme de flux 1 : Population des généralistes libéraux, sujets de l'étude

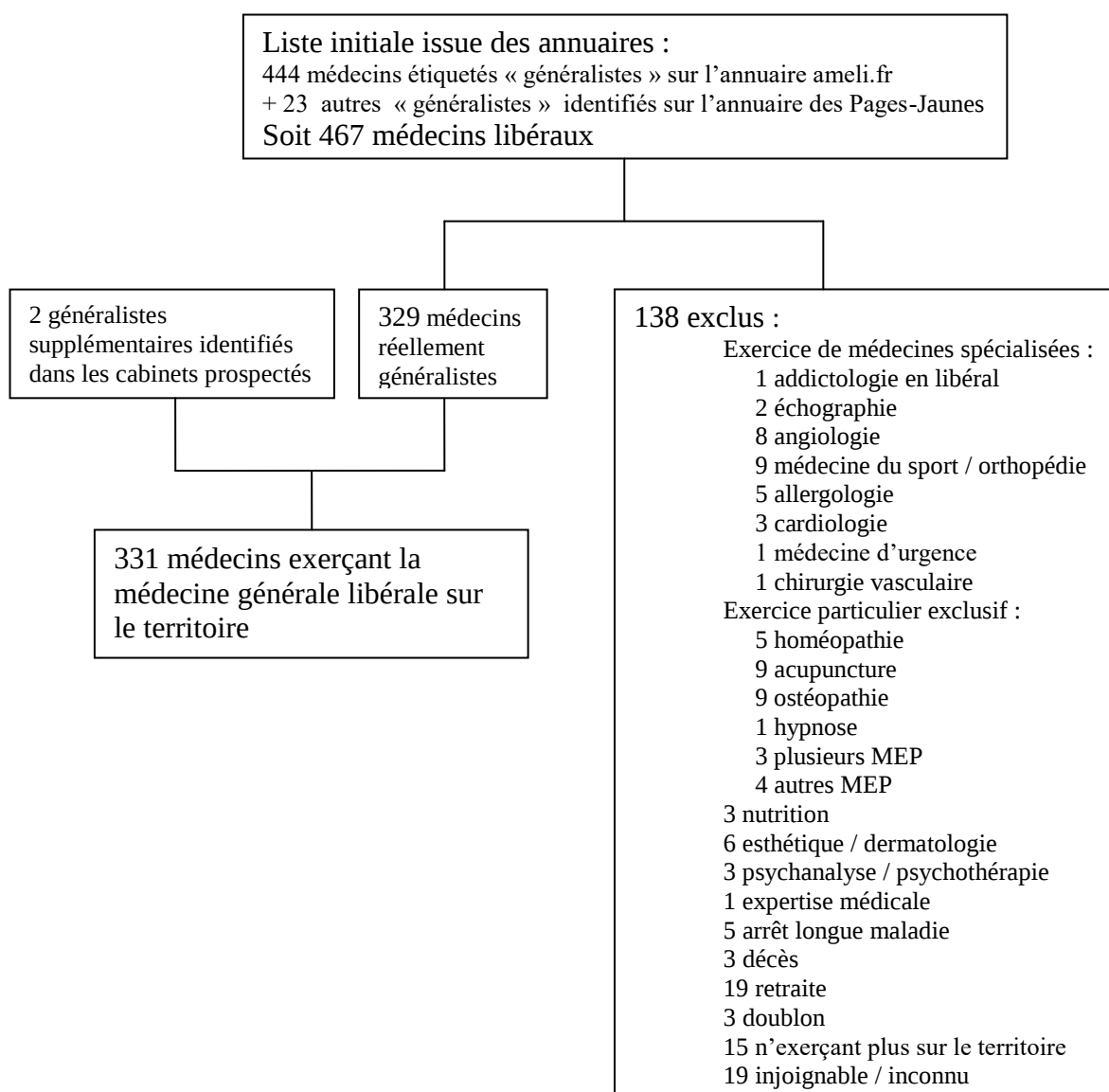
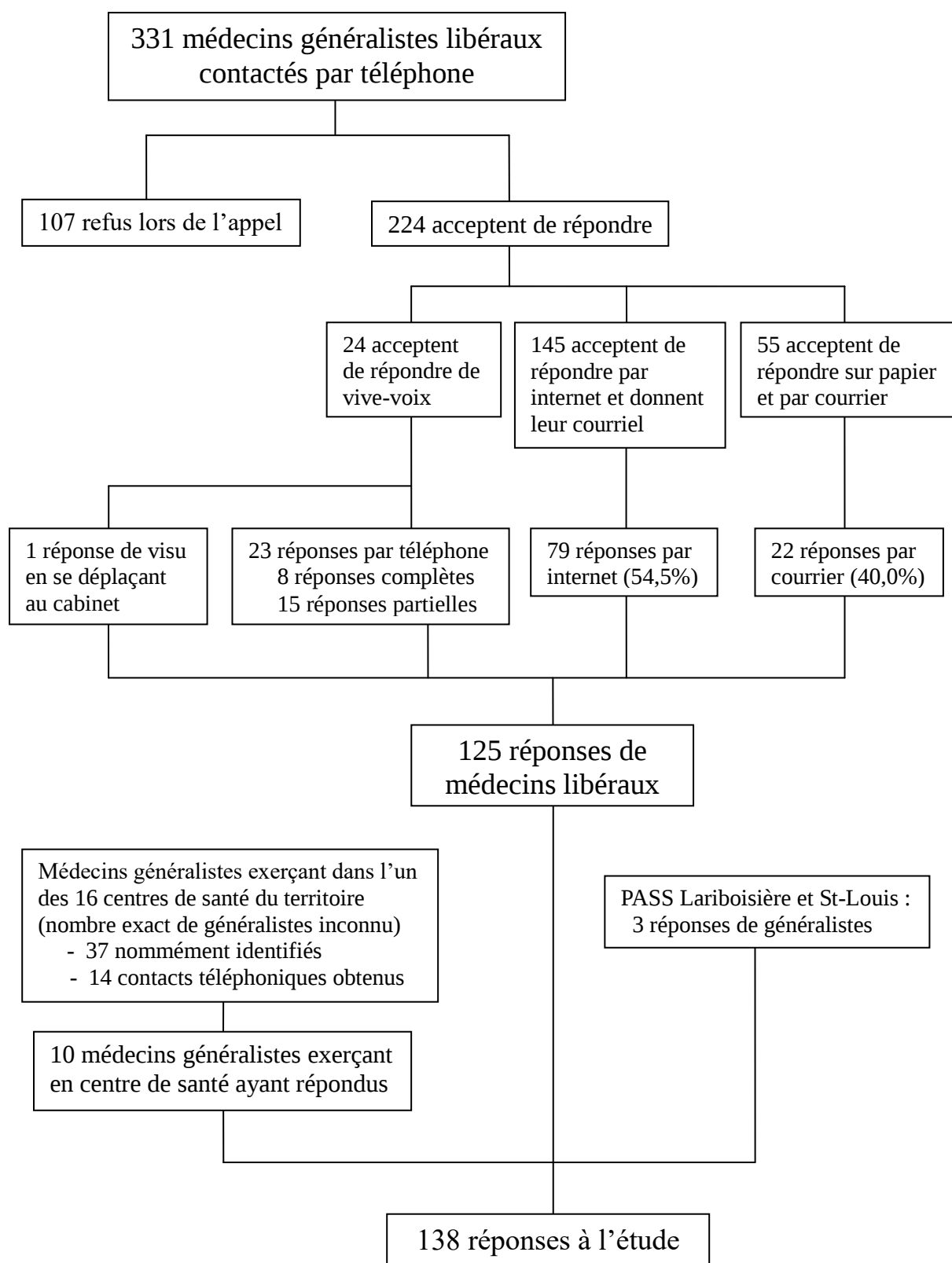


Diagramme de flux 2 : Recueil des réponses au questionnaire



Concernant les médecins travaillant en centre, il a été excessivement difficile d'obtenir leur nombre exhaustif et leurs noms. En pratique une partie des centres de santé ont déclaré refuser systématiquement la participation de leurs médecins à des études ou nous ont renvoyé vers un contact email, où nos envois sont restés lettre-morte. Certains secrétariats de centres de santé ont cordialement accepté de nous transmettre les médecins au téléphone ou de laisser une lettre dans leur « case » leur proposant de répondre au questionnaire. Les centres qui ont collaboré à cette recherche sont situés dans les quartiers de l'Opéra (9^{ème}) et de la Goutte-d'Or (18^{ème}) et leur statut sont divers (municipaux ou privés à but non lucratif)

Par ailleurs la moindre amplitude horaire de ces médecins dans les centres de santé a également gêné leur appel.

B. Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Devant le faible nombre de médecins généralistes remplaçants ayant répondu ($n = 8$), nous avons décidé de les exclure de la présentation des résultats.

a. Caractéristiques de l'ensemble des généralistes installés ayant répondu

L'absence de réponse à la question posée est considérée comme une donnée manquante. L'effectif de chaque catégorie est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles et nous avons choisi d'exprimer les pourcentages sans prendre en compte les données manquantes.

Un médecin généraliste pouvant exercer dans deux lieux différents, la somme concernant le type de lieu et l'arrondissement peut faire plus de 100%.

Tableau 1 : Caractéristiques des généralistes installés ayant répondu

Genre :	n = 138
femme	53 (38,4%)
homme	85 (61,6%)
Arrondissement ¹ :	n = 136
9 ^{ème}	38 (27,5%)
10 ^{ème}	21 (15,7%)
18 ^{ème} Ouest	19 (13,8%)
18 ^{ème} Est	15 (11,2%)
19 ^{ème} Nord-Ouest	18 (13,4%)
19 ^{ème} Sud-Est	27 (19,6%)
Conventionnement :	n = 137
Secteur 1	102 (74,5%)
Secteur 2	23 (16,8%)
Salarié	12 (8,8%)
Non conventionné	0
Âge :	n = 115
Médiane	57 ans
30 – 39 ans	17 (14,8%)
40 – 49 ans	15 (13%)
50 – 59 ans	38 (33%)
60 – 69 ans	40 (34,8%)
70 – 79 ans	4 (3,5%)
80 ans et plus	1 (0,9%)
Lieu d'exercice :	n = 137
Cabinet individuel	74 (54%)
Cabinet de groupe, Centre ou Maison de santé	63 (46%)
Adhésion à l'ancien réseau Paris-Nord :	n = 117
Oui	40 (34,2%)
Non	77 (65,8%)
Formation complémentaire en addictologie	n = 129
Non	114 (88,4%)
Oui	15 (11,6%)
dont ² : DESC / Capacité / DU	1* (0,8%)
Formation médicale continue	7 (5,4%)
Expérience professionnelle de terrain	9 (7,0%)
Autres	1** (0,8%)

¹ somme supérieure à 100%

² somme supérieure à 15 car plusieurs réponses sont possibles

* DU de tabacologie ; ** rédacteur dans une revue médicale généraliste

b. Caractéristiques du sous-groupe des médecins libéraux (n =125)

Tableau 2 : Tableau comparatif de l'échantillon des généralistes libéraux ayant répondu versus l'ensemble des généralistes du territoire.

	Ensemble	Répondeur	Non répondeur	<i>p</i>
Genre :	n = 331	n = 125	n = 206	<i>0,128</i>
femme	138	45	93	
homme	193	80	113	
Arrondissement :	n = 331	n = 125	n = 206	<u><i>0,0445</i></u>
9 ^{ème}	54	31	23	
10 ^{ème}	49	18	31	
18 ^{ème} Ouest	61	18	43	
18 ^{ème} Est	39	14	25	
19 ^{ème} Nord-Ouest	51	18	33	
19 ^{ème} Sud-Est	77	26	51	
Conventionnement :	n = 331	n = 125	n = 206	<i>0,848</i>
Secteur 1	267	102	165	
Secteur 2	64	23	41	

c. Association entre les variables démographiques

Il existe des associations statistiques univariées significatives entre plusieurs variables démographiques de l'échantillon : âge, genre, convention avec la sécurité sociale et lieu d'exercice (individuel ou collectif).

Ainsi les femmes sont significativement plus jeunes (moyenne = 48,9 ans) que les hommes (moyenne = 58,0 ans) ($p=6,7 \times 10^{-6}$), sont davantage au secteur 1 ou salariées qu'au secteur 2 (avec dépassement d'honoraire) ($p=1,7 \times 10^{-3}$) et exercent davantage dans un lieu collectif (cabinet de groupe et centre de santé) qu'en cabinet individuel ($p=7,3 \times 10^{-3}$).

Les généralistes exerçant en secteur 2 sont plus âgés (moyenne = 60,3 ans vs 53,3 ans ; $p=0,019$), comme ceux travaillant en cabinet individuel (57,7 ans vs 50,5 ans ; $p=4,1 \times 10^{-4}$). Il n'existe cependant pas d'association significative entre exercice en cabinet individuel et secteur 2 ($p=0,495$).

C. Addictions dans la patientèle des généralistes

a. Pourcentage des généralistes déclarant recevoir des patients usagers concernés par une problématique addictive

Figure 1 : Pourcentage des généralistes recevant des patients concernés par une problématique addictive (effectif variant entre 126 et 128)

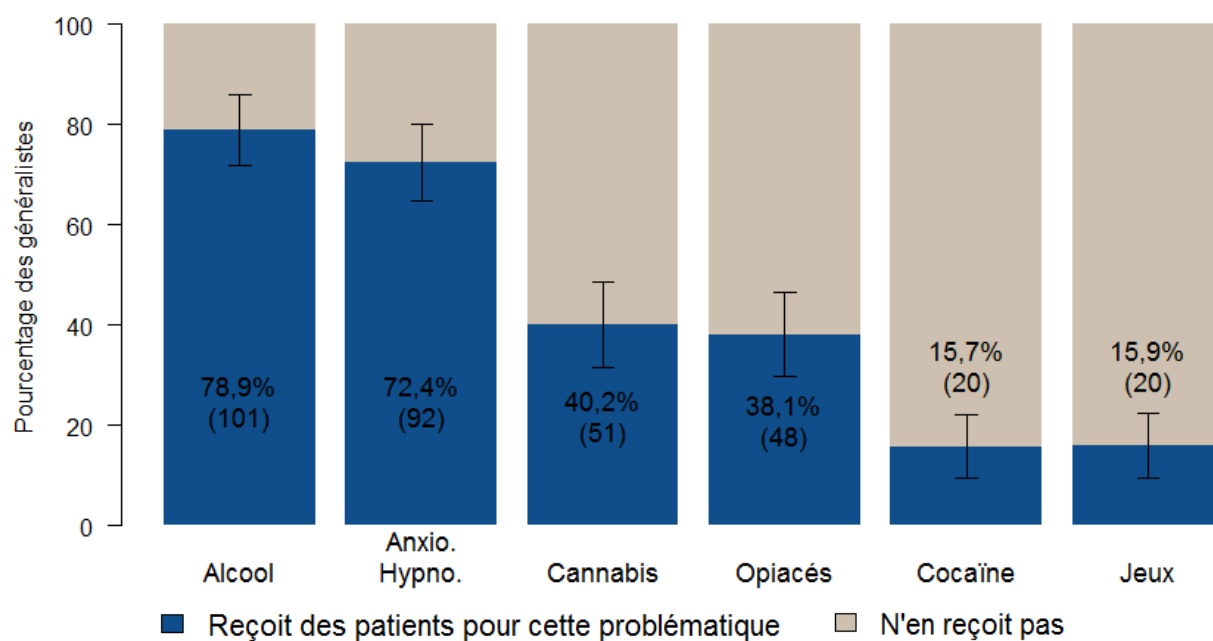


Tableau 3 : Détail du nombre de patients vus par mois pour les différentes problématiques addictives

Produits	Nombre de patients vus par mois					Effectifs
	1	2	3 à 4	5 à 9	10 ou plus	
Usage problématique d'anxiolytiques	26	29	21	11	5	n = 92
Usage de cannabis	30	12	7	1	1	n = 51
Dépendance aux opiacés	23	8	7	5	5	n = 48
Usage de cocaïne ou de crack	12	3	4	1	0	n = 20
Dépendance aux jeux	16	4	0	0	0	n = 20

Tableau 4 : Détail du nombre de patients usagers problématiques d'alcool vus par semaine

	Nombre de patients vus par semaine pour l'alcool						Effectif
	1	2 à 3	4 à 6	7 à 10	11 à 20	21 ou plus	
Usage problématique d'alcool	45	40	12	3	0	1	n = 101

b. Pourcentage de généralistes prenant en charge des patients pour un sevrage en alcool ou en tabac

Figure 2 : Pourcentage des généralistes recevant des patients pour la réalisation d'un sevrage en alcool (n = 126) et en tabac (n = 123)

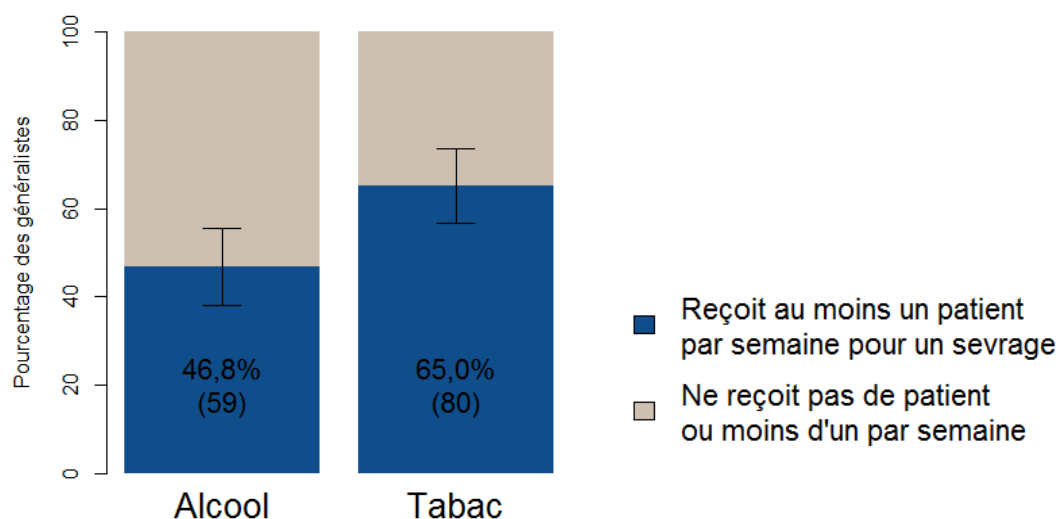
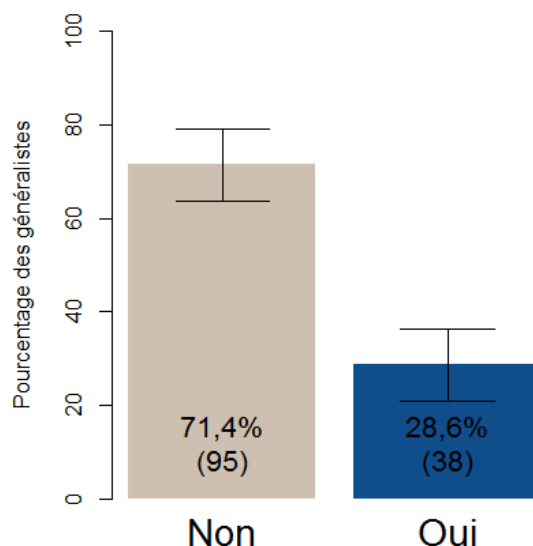


Tableau 5 : Détails du nombre de patients reçus par semaine pour un sevrage en alcool et en tabac

	Nombre de patients vus par semaine pour un sevrage					Effectifs
	1	2	3	4 à 5	6 ou plus	
Sevrage en alcool	49 (83,0%)	7 (11,9%)	3 (5,1%)	0	0	n = 59
Sevrage en tabac	48 (60,0%)	18 (22,5%)	8 (10,0%)	3 (3,75%)	3 (3,75%)	n = 80

c. Prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Figure 3 : Prescription de TSO (n = 133)



Parmi les généralistes déclarant recevoir des patients dépendants aux opiacés, 60,4% déclarent prescrire des TSO (29/48).

Parmi les généralistes prescrivant des TSO, 92,1% (35) prescrivent de la buprénorphine haut dosage et 65,8% (25) prescrivent de la méthadone.

La prescription de buprénorphine présente une médiane de 2 patients par généraliste. Sa moyenne de 5,3 patients par généraliste note l'existence de quelques rares prescripteurs avec beaucoup de patients (7 généralistes > 5 patients, avec un maximum à 40 patients).

La prescription de méthadone présente une médiane de 1 patient par généraliste avec une moyenne à 2,8 et un maximum à 12 (5 généralistes > 3).

Seulement 6,4% de l'ensemble des généralistes (n=125) et 18,4% des prescripteurs de TSO (n=38) déclarent souhaiter pouvoir prescrire de la méthadone en primo-prescription en ville.

Huit généralistes déclarant prescrire des TSO, déclarent également ne pas recevoir de patients dépendants aux opiacés. Parmi eux, sept prescrivent de la buprénorphine et quatre de la méthadone.

D. Besoin en correspondants spécialisés en addictologie

a. Besoin exprimé en correspondants en fonction des produits

Figure 4 : Manque d'aucun correspondant pour les produits (n = 138)

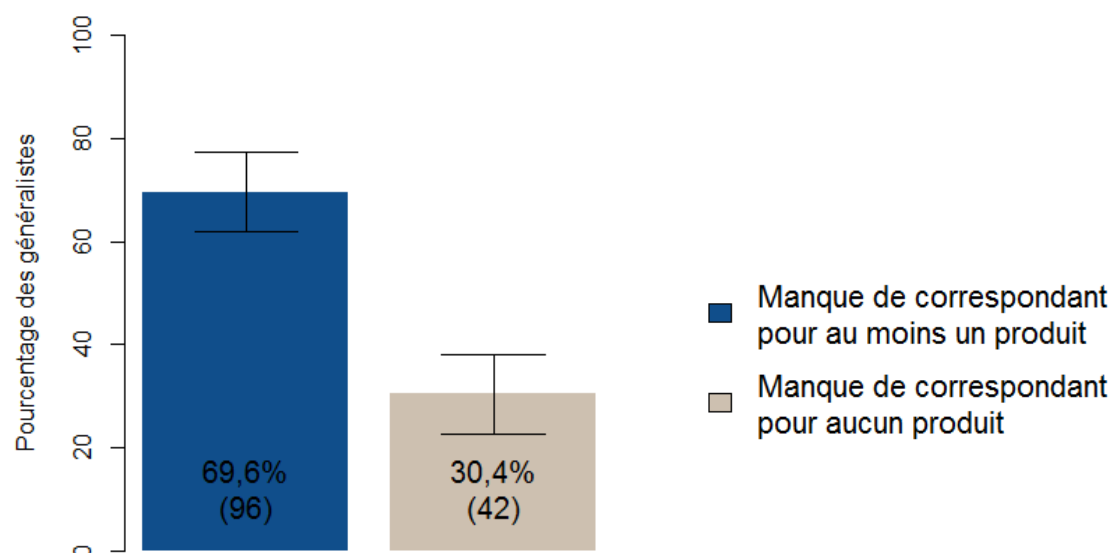
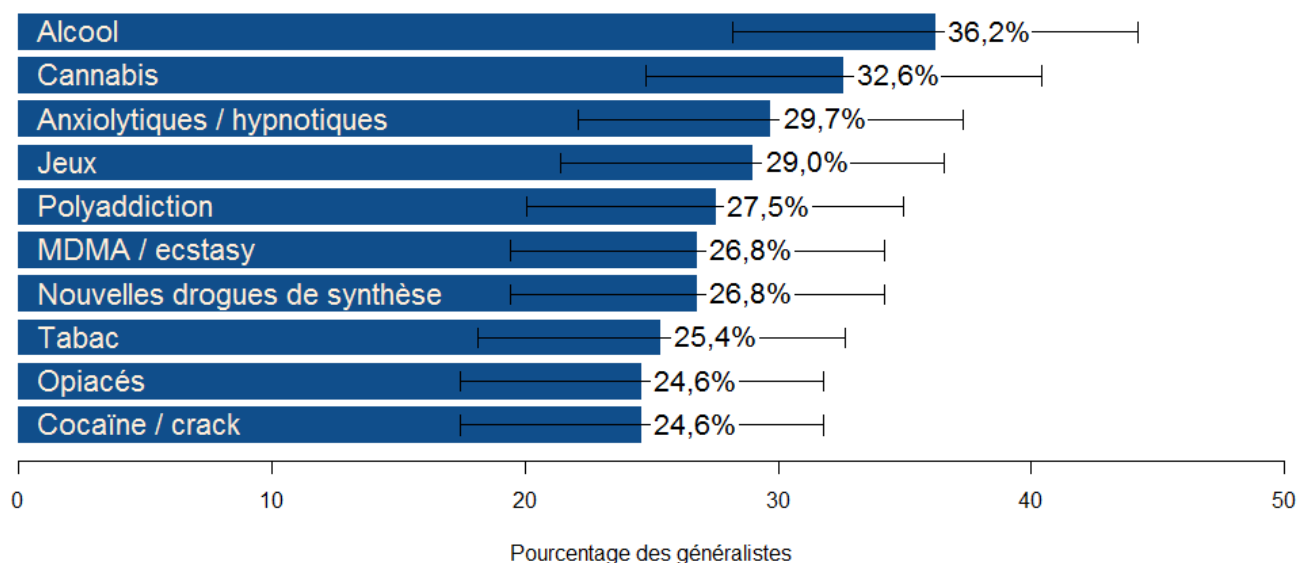


Figure 5 : Manque de correspondant en fonction du type de produit (n = 138)

Plusieurs réponses étant possibles, la somme des réponses est supérieure au 69,6% observé à la question précédente.



b. Besoin exprimé en correspondants en fonction des situations

Figure 6 : Manque d'aucun correspondant pour les situations (n = 138)

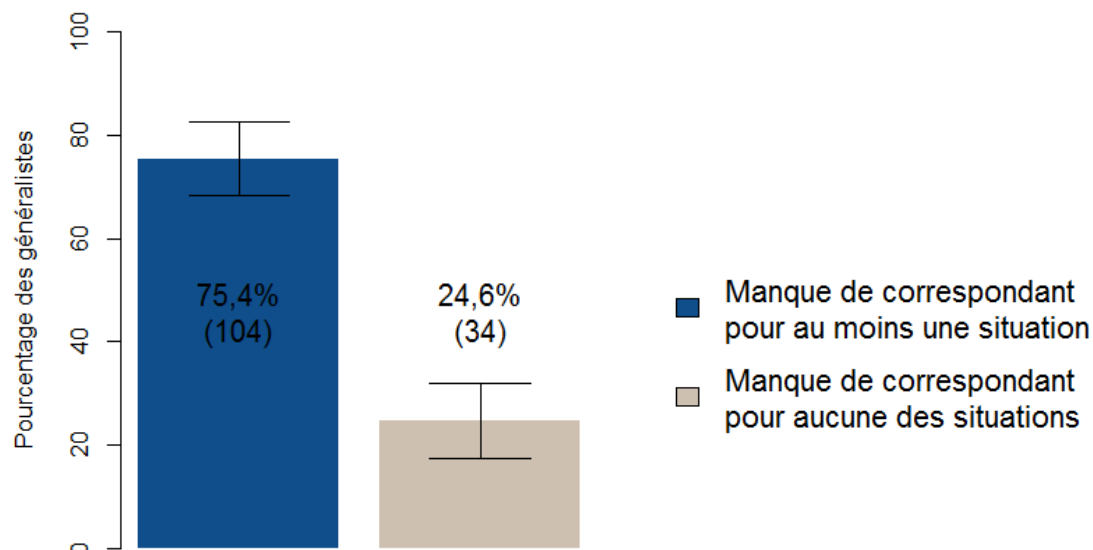
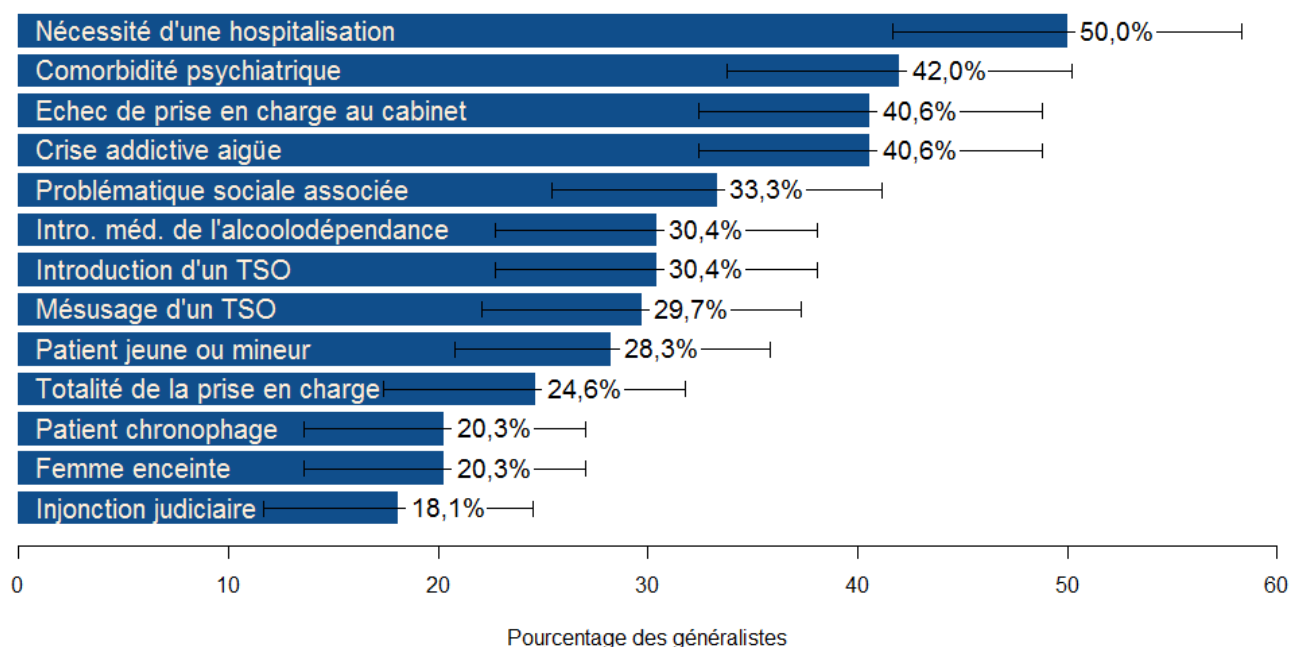


Figure 7 : Manque de correspondant en fonction de la situation (n = 138)

Plusieurs réponses étant possibles, la somme des réponses est supérieure au 75,4% observé à la question précédente.



II. Connaissance et adressage aux consultations d'addictologie : analyse descriptive

A. Connaissance des consultations d'addictologie de Fernand Vidal

Figure 8 : Connaissance de l'existence des consultations d'addictologie de Fernand Vidal
(n = 137)

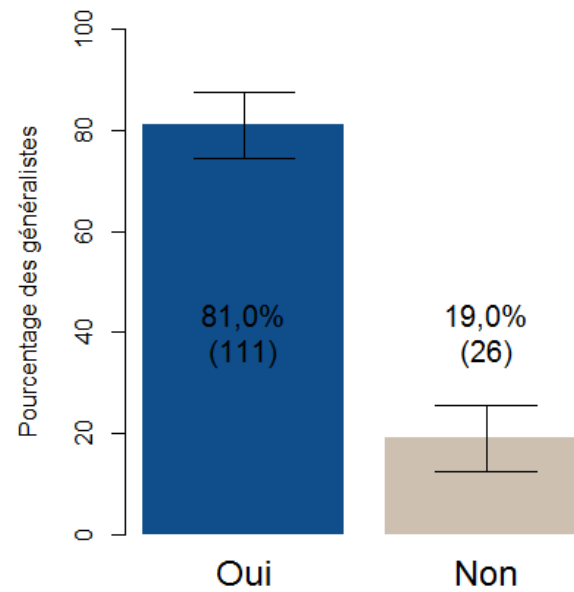
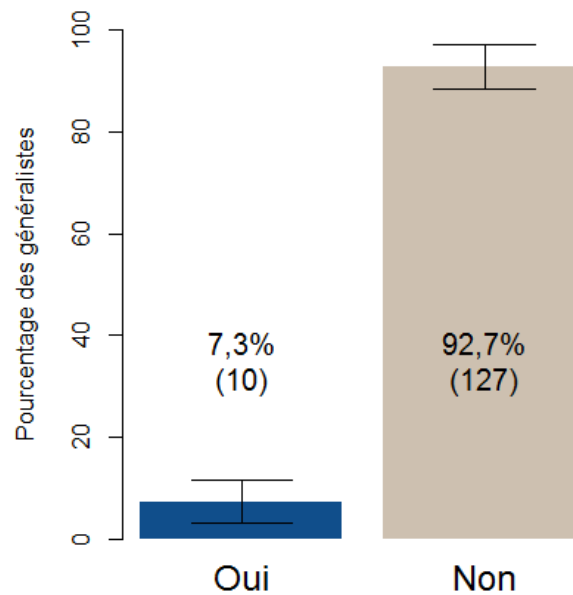


Figure 9 : Connaissance de la division entre le CSAPA Murger et la Policlinique médicale
(n = 137)



B. Adressage aux consultations de Fernand Vidal par les généralistes du territoire

Figure 10 : Adressage en consultation d'addictologie à Fernand Vidal, par les généralistes en connaissant l'existence. (n = 109)

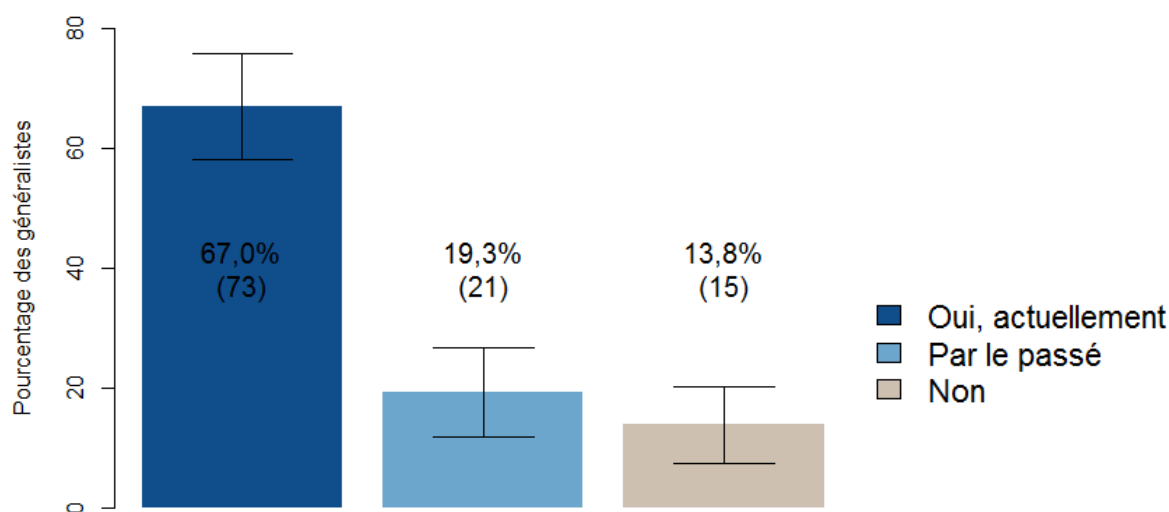


Figure 11 : Satisfaction concernant les consultations d'addictologie de Fernand Vidal (n = 81)

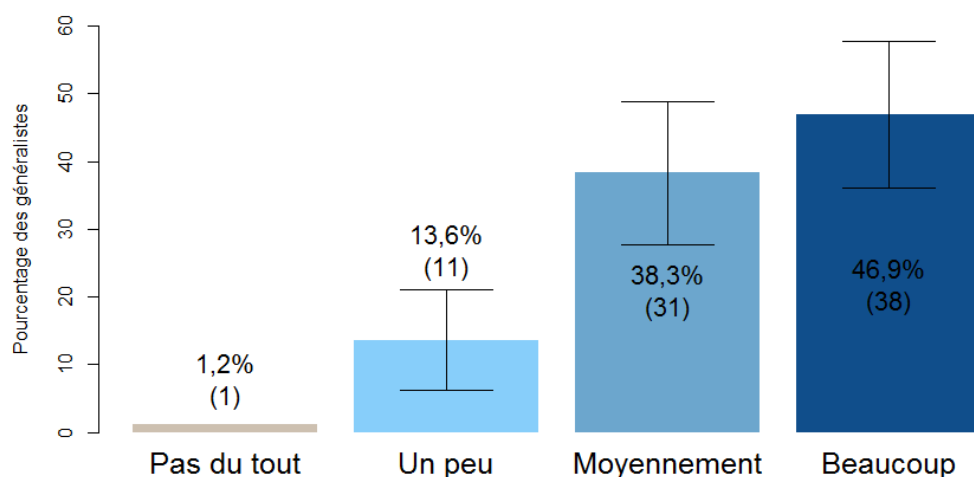


Tableau 6 : Réponses à la question ouverte « remarques » concernant leur satisfaction (n = 32)

Prise en charge de qualité	8
Rendez-vous rapide	1
Manque de retour ou de compte-rendu	13
Délais de rendez-vous trop long	9
Prise en charge en alcoologie non satisfaisante	1
Prise en charge à Lariboisière et FW non satisfaisante en général	1
Généralistes doutant de l'efficacité d'une prise en charge addictologique en général	3

C. Adressage aux consultations d'addictologie de Fernand Widal en fonction des produits et des situations rencontrées

Figure 12 : Adressage aux consultations d'addictologie de Fernand Widal en fonction des produits par les généralistes y adressant ou y ayant adressé des patients (les effectifs varient entre 83 et 85)

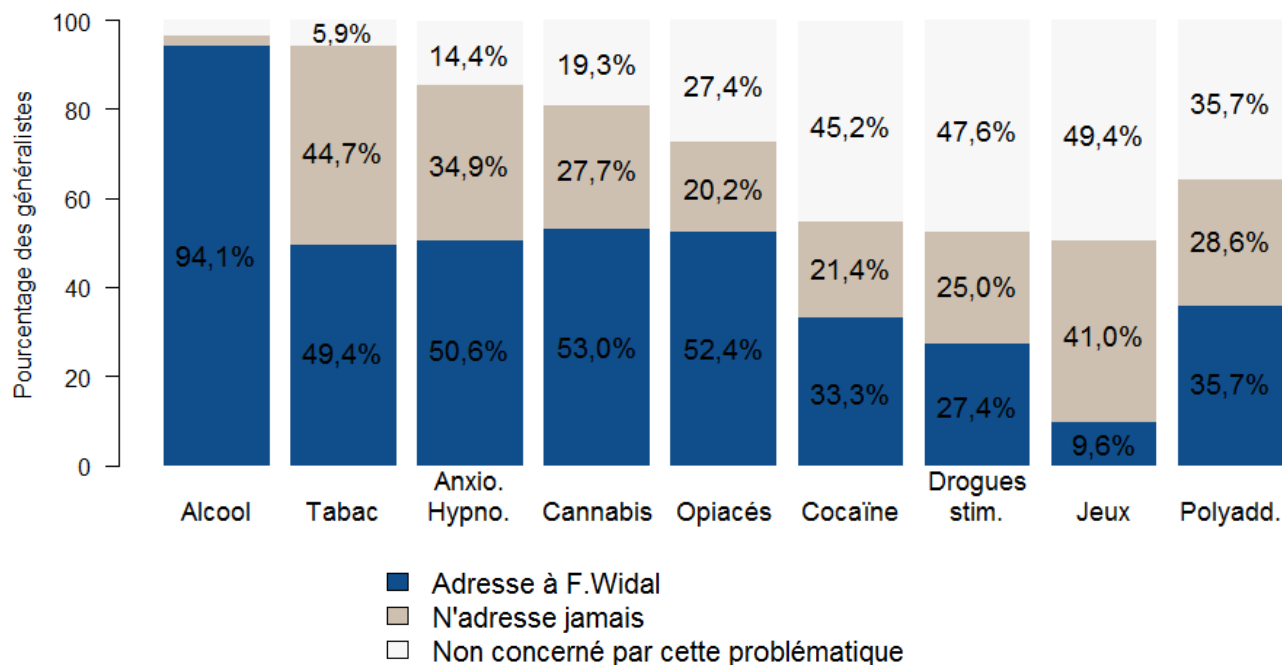
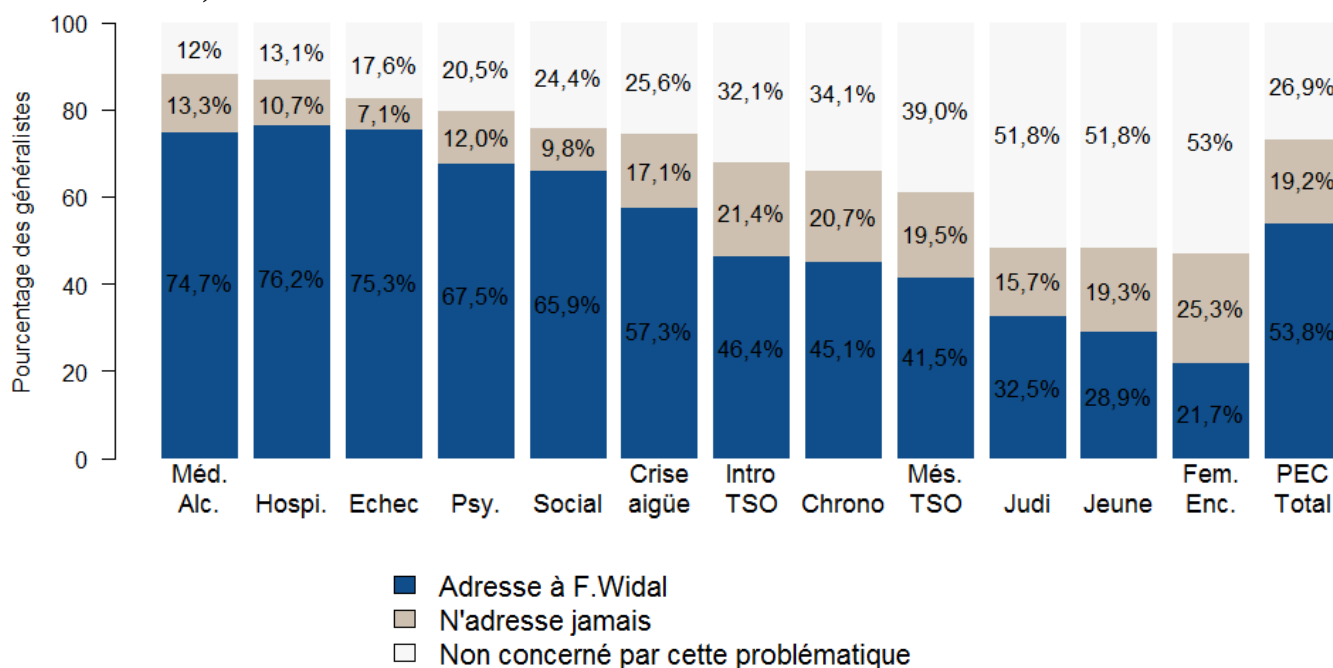


Figure 13 : Adressage aux consultations d'addictologie de Fernand Widal en fonction des situations par les généralistes y adressant ou y ayant adressé des patients (les effectifs varient entre 78 et 85)



Légende des colonnes :

- « Méd. Alc. » : Introduction d'un médicament de l'alcoolodépendance
- « Hospi. » : Nécessité d'une hospitalisation
- « Echec » : Echec de la prise en charge initiale au cabinet
- « Psy. » : Présence d'une comorbidité psychiatrique
- « Social » : Problématique sociale associée
- « Crise aiguë » : Période de « crise addictive aiguë »
- « Intro TSO » : Introduction d'un traitement substitutif aux opiacés
- « Chrono » : Patient chronophage
- « Més. TSO » : Patient avec usage problématique d'un traitement substitutif aux opiacés
- « Judi » : Patient sous mesures judiciaires
- « Jeune » : Patient jeune ou mineur
- « Fem. Enc. » : Femme enceinte
- « PEC Total » : Totalité de la prise en charge addictologique

D. Partenariats avec d'autres structures de consultation en addictologie

Figure 14 : Adressage à au moins une autre structure concernant les addictions (n = 132)

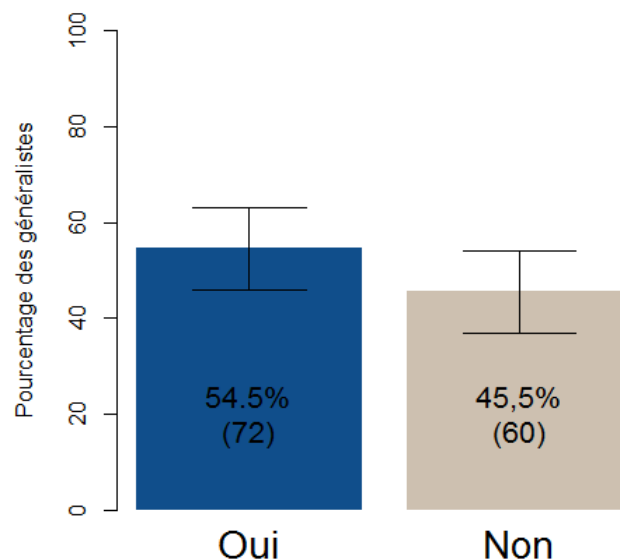


Tableau 7 : Réponses de la question ouverte sur l'identité des structures avec qui travaillent les généralistes du territoire (n = 72)

UTAMA Beaujon	12	ANPAA 75	2
CSAPA La Terrasse	9	CSAPA Emergence	
Psychiatres / addictologues libéraux		CSAPA Jean Jaurès	
Hôpital Bichat	6	Espace Parmentier / Bus méthadone	
Tabacologue (hôpitaux et/ou centre de santé)		Centre médico-Psychologique (CMP)	
CSAPA Vauvenargues		CJC	
	5	Hôpital Européen Georges Pompidou	1
Hôpital Marmottan	4	CSAPA Espoir Goutte d'Or	
Clinique Montevideo		CSAPA Monceau	
CSAPA La Corde Raide	3	CSAPA 110 Les Halles	
Hôpital Tenon		CSAPA Henri Barbusse (St-Ouen)	
Hôpital Saint-Anne (Moreau de Tour)		L'Elan retrouvé	
Hôpital Saint-Antoine		Hôpital Paul Brousse (Villejuif)	
Groupes de paroles et associations		Hôpital Cochin (CSAPA Cassini)	
CSAPA divers		Hôpital Pitié-Salpêtrière	
		Clinique des Epinettes	
		Hôpital René Muret	
		« Hôpitaux de secteur »	
		Réseaux Morphée	

Tableau 8 : Réponses à la question ouverte « remarques » concernant les raisons de leur travail avec d'autres structures (n = 58)

Correspondants privilégiés / satisfaction	22
Proximité	13
Rapidité des rendez-vous	7
Connaissance limitée de correspondant	4
Prise en charge particulière	4
Choix des patients	4
Refus des patients d'aller à l'hôpital	4
Déception des patients envers Fernand Vidal	3

Sur 137 généralistes, 118 généralistes adressaient au moins à une structure d'addictologie (Fernand Vidal ou une autre), soit 86,1%.

III. Adressage aux consultations d'addictologie : analyse univariée

Nous avons fait le choix de regrouper les sujets adressant « actuellement » et ceux adressant « par le passé ».

Tableau 9 : Analyse univariée de l'adressage aux consultations d'addictologie de Fernand Vidal

	Adressent actuellement ou ont adressé	N'adressent pas	<i>p</i>
Âge (moyenne) (n = 95)	53,9 ans	54,0 ans	0,985***
Genre : (n = 109)			
femmes	42 (91,3%)	4	0,190**
hommes	52 (82,5%)	11	
Arrondissement : (n= 106)			
9 ^{ème}	24 (89%)	3	0,189*
10 ^{ème}	19 (95%)	1	
18 ^{ème} Ouest	7 (64%)	4	
18 ^{ème} Est	9 (75%)	3	
19 ^{ème} Nord-Ouest	13 (93%)	1	
19 ^{ème} Sud-Est	19 (86%)	3	
Conventionnement : (n = 108)			
Secteur 1 + Salarié	80	13	1*
Secteur 2	13	2	
Lieu d'exercice (n = 108)			
Individuel	49	8	0,963*
Collectif	44	7	
Adhésion à l'ancien réseau Paris-Nord : (n = 97)			
Oui	27 (79,4%)	7	0,0468*
Non	59 (93,7%)	4	
Formation complémentaire en addictologie : (n = 103)			
Oui	13	1	1*
Non	77	12	
Prescription de TSO (n= 105)			
Oui	25 (80,6%)	6	0,197*
Non	67 (90,5%)	7	
Adressage à une autre structure (n=105)			
Oui	48 (81,4%)	11	0,0698**
Non	43 (93,5%)	3	

* Test de Fisher / ** Test du Khi 2 / *** Test de Student

Tableau 10 : Adressage en fonction de la satisfaction

	Satisfaction				<i>p</i>
	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout	
Adresse actuellement	33 (51,6%)	25 (39,1%)	6 (9,4%)	0	<u>0,0336</u>
Adressait par le passé	4 (26,7%)	6 (40%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	

(Test exact de Fisher)

DISCUSSION

Notre étude portait sur l'adressage des patients concernés par une problématique addictive vers les consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal (F.W). Nous avons obtenu la participation de 138 généralistes installés dans le nord-est de Paris, soit un nombre de réponses encourageant par rapport aux précédentes études quantitatives posant la question de l'adressage (75,86).

Nous observons dans notre échantillon des caractéristiques démographiques comparables à celles de l'ensemble des généralistes parisiens et plus précisément celles de notre territoire : vieillissement global de la profession (avec une médiane à 57 ans et plus de 39% de notre échantillon ayant plus de 60 ans), transition démographique en cours dans l'exercice de la médecine générale (féminisation de la profession, abandon progressif de l'exercice isolé et tarif conventionné chez les jeunes généralistes) (111,150).

Nous remarquons qu'une très faible part des généralistes de notre échantillon déclare avoir suivi une formation complémentaire en addictologie (11,6%). Celle-ci se révèle partagée à part égale entre l'expérience professionnelle pratique acquise dans l'exercice (dont certains en CSAPA) et la formation médicale continue. Un seul généraliste déclare avoir suivi un DU (Diplôme Universitaire) de tabacologie et aucun de Capacité ou DU en addictologie proprement dit. Les pratiques addictologiques des médecins généralistes se sont donc forgées au cours de leur exercice, choisi ou contraint, non par le choix initial d'une pratique particulière appuyée sur un diplôme spécifique.

Concernant le suivi des patients souffrant de troubles addictologiques, nous observons au sein de notre échantillon des chiffres globalement comparables à ceux de l'enquête nationale de 2009 (13), avec une dominance de l'alcool.

Les pourcentages de généralistes réalisant des sevrages ambulatoires d'alcool et de tabac semblent comparables aux valeurs franciliennes de 2009. Les généralistes sont significativement plus nombreux à suivre des sevrages en tabac qu'en alcool.

Nous observons un pourcentage de généralistes recevant au moins un patient par mois dépendant aux opiacés (38,1%) superposable à celui observé en région parisienne (43,9%) et plus faible que le taux national (49,2%).

En pratique, nous ne mettons pas en évidence de rupture significative entre les différentes sous-parties de notre territoire d'enquête concernant la pratique globale des généralistes dans le suivi des patients souffrant d'une problématique addictive (tableau en annexe). Cependant l'observation particulière concernant les usagers de cocaïne ou de crack (qui semble significativement plus reçus dans les cabinets généralistes du 10^{ème}) dessine une tendance qui reste possiblement à explorer avec un échantillon plus grand.

Nous observons, à l'inverse du baromètre 2009 (13), que le suivi des patients dépendants aux opiacés a tendance à être plus fréquent chez les femmes généralistes que chez les hommes, sans que cela soit pour autant statistiquement significatif ($p=0,0531$, voir tableau en annexe). Il existe possiblement une spécificité parisienne à explorer, en tenant compte de l'influence du facteur âge.

Parmi les généralistes interrogés, 28,6% déclarent prescrire des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Ce taux de prescription est bien plus faible que celui du Baromètre Santé 2009 (13) qui retrouvait un pourcentage de 49,1% de généralistes prescripteurs ou de l'étude sur la côte basque de Levi (45%) (75). Parmi ceux-ci 65,8% prescrivent de la méthadone, soit une fraction plus forte que dans l'étude nationale. Cette chute se fait ainsi aux dépens de la BHD.

Il se pourrait donc que les généralistes nord-parisiens assurent davantage une position de relais d'une prescription spécialisée qu'ailleurs. Il serait intéressant de comparer le nombre d'initiations de TSO effectivement réalisées par les généralistes parisiens et de comparer ce taux avec d'autres départements différemment dotés en lieux de consultations spécialisés. Nous retrouvons ici aussi l'intérêt limité des généralistes de Paris pour le droit à la primo-prescription de méthadone (6,4%).

Les analyses statistiques univariées tendent à mettre en évidence une association entre la prescription de TSO et le fait d'avoir été adhérent de l'ancien réseau Paris-Nord, renforçant cette idée de spécialisation informelle et celle de l'importance du réseau de soins dans la prise en charge effective en médecine de ville des patients dépendants aux opiacés.

Un nombre non négligeable de généralistes déclarent prescrire des TSO tout en déclarant ne pas recevoir de patients dépendants aux opiacés (8 soit 21% des prescripteurs de TSO). Ceci interroge sur la définition qu'ont les généralistes concernés de la dépendance et du statut des TSO. Une partie des patients sous TSO sont ainsi vus par leur généraliste comme sortis de leur dépendance aux produits.

Ceci nous éclaire sur la place que peut prendre le cabinet de médecine générale dans la suite de la prise en charge en structure spécialisée ou en parallèle à celle-ci. Celui-ci peut être vu comme le lieu de la médecine « commune » et le lieu de prise en charge d'une maladie chronique anonyme. Les structures spécialisées sont souvent perçues comme des lieux

d'exception, ceux de communautés distinctes, à part du dispositif de soins général, malgré tout l'effort de leur personnel pour s'inscrire dans la cité. Le cabinet du généraliste est peut-être donc également pour le patient (et le médecin) le lieu d'un retour à la « norme ».

La richesse de l'offre de lieux de consultation (et d'hospitalisation) en addictologie sur la capitale ne semble pas tarir le besoin en correspondants et structures de soutien. Ainsi, seulement 40% des généralistes déclarent ne pas manquer de correspondants. Et nous observons que ce manque concerne en premier lieu l'alcool et le besoin d'hospitalisation, rejoignant en cela le constat de la thèse de Levi (75) sur la côte basque. Nous n'avons pas directement posé la question du besoin d'ouverture de lits aux généralistes comme l'a fait Levi, qui a recueilli 89% d'opinion favorable, mais nous pouvons en déduire que loin du manque de structure d'aval, il s'agit avant tout d'une problématique de disponibilité des lieux de prise en charge existants et notamment des lieux d'hospitalisations.

Une grande majorité des généralistes du territoire déclarent connaître l'existence des consultations d'addictologie de F.W. (81%). C'est un taux important mais difficile à comparer à une autre région du fait d'une organisation différente du territoire de santé (86,151).

En revanche, seule une infime partie de l'échantillon (7,3%) connaît la division entre les deux structures de consultations qu'héberge l'hôpital F.W. (le CSAPA Murger et la Polyclinique médicale).

Au quotidien, les échanges au sein de l'unité fonctionnelle permettent les réorientations en fonction des problématiques, mais ce flou sur l'identité de la structure où le généraliste adresse le patient pourrait poser des difficultés à ce dernier une fois sur place.

Concrètement, nous pouvons rapprocher cette méconnaissance de la critique faite par les généralistes du territoire sur le manque de retour concernant les prises en charge et dégager l'idée que les interactions semblent unidirectionnelles.

Nous semblons, en tout cas, loin du « travail en liaison » tel qu'il est décrit par le Baromètre Santé 2009 (13), mais davantage dans une situation comparable à celle mis en évidence dans les Deux-Sèvres par la thèse d'Elodie Foo Chan Chin (76) qui retrouvait une faible part de ce travail en liaison dans l'exercice des généralistes.

Fernand Vidal, en plus d'être identifié, est un lieu de recours pour les généralistes du nord de Paris. La majorité des généralistes du territoire adressent des patients ou ont adressé des patients à F.W. Ils sont 86,2% à le faire parmi ceux en connaissant l'existence (dont 67% actuellement).

De manière plus globale, 7 généralistes sur 8 de notre échantillon déclarent adresser des patients à une structure d'aval, ce qui se révèle bien plus élevé que dans les travaux de Laure Levi (75) et de Paul Plouhinec (86), dans des contextes territoriaux différents.

Quand nous détaillons cet adressage à F.W., nous observons que l'alcool concerne la plupart des adressages. En effet, 94,1% des généralistes de notre échantillon adressant des patients à F.W. le font pour l'alcool et parmi ceux-ci un tiers le font « souvent » ou « toujours » face à cette problématique. Nous notons une nette différence avec la problématique du tabac qui est l'autre produit principalement rencontré en médecine générale, avec un adressage bien plus faible. Nous retrouvons en cela les données relevées en région nantaise par Plouhinec (86).

Nous observons ainsi que la prise en charge du tabac semble pleinement faire partie de l'exercice commun du généraliste alors que celle de l'alcool est davantage déléguée.

F.W. est aussi un lieu de recours concernant les opiacés. Ainsi les trois quarts des généralistes, confrontés à la question des opiacés et travaillant avec FW, y adressent des patients. C'est davantage que pour les autres produits.

Nous remarquons que c'est principalement face à la nécessité de programmer une hospitalisation ou face à l'échec de la prise en charge initiale au cabinet que les médecins de Paris Nord adressent leurs patients. Vient ensuite la nécessité d'introduction d'un traitement modérant l'appétence à l'alcool, dont les généralistes ne semblent pas considérer la prescription comme de leur ressort ou de leur compétence. Ce qui rejoint l'idée générale d'une plus grande délégation de la prise en charge de l'alcoolodépendance.

Les problématiques sociales ou de comorbidités psychiatriques semblent rencontrées par moins de généralistes ; quand ceux-ci y sont confrontés, l'adressage vers F.W. est fréquent.

Quant à la problématique des patientes enceintes, des jeunes ou des patients sous mesure judiciaire, elle ne semble concerner qu'une minorité de généralistes.

Cela conforte l'idée que l'adressage vers les consultations de F.W. est avant tout motivé par la rencontre avec des situations particulières plus qu'avec des publics particuliers ; situations, qui dépassent les compétences et surtout les capacités de réponses des généralistes (hospitalisation, mais aussi problématiques sociales et psychiques fortes, ou maîtrise des dernières spécialités médicamenteuses à l'étude pour l'alcoolodépendance).

Notre étude ne retrouve pas d'association significative entre l'adressage à F.W. et le genre des généralistes comme pouvait le trouver le Baromètre Santé 2009 (13). Nous ne mettons pas non plus en évidence de lien avec l'âge des généralistes, leur arrondissement d'exercice, leur conventionnement et leur type de lieu de travail (en groupe ou cabinet individuel).

Les anciens membres du réseau addiction Paris-Nord adressent moins leurs patients, confirmant le fait que l'intérêt pour l'addictologie, la formation et l'étayage par un réseau diminuent probablement le recours aux consultations spécialisés, mais aussi la présence dans le nord de Paris de plusieurs filières d'adressage résultant de l'ancienne structuration de ce réseau. En effet celui-ci n'était pas organisé avec F.W., mais davantage centré sur le 18^{ème} ouest. De fait les principaux lieux de consultations où les généralistes de notre échantillon adressent par ailleurs des patients sont les hôpitaux Beaujon (Clichy) et Bichat (Paris 18^{ème}), ainsi que les CSAPA La Terrasse puis Vauvenargues (18^{ème}) et ce parce que les généralistes ont établi depuis longtemps des contacts avec des correspondants particuliers.

Dans le même ordre d'idée, quand nous nous penchons sur la satisfaction de généralistes adressant des patients à F.W., nous observons que la grande majorité est satisfaite du travail réalisé par les consultations d'addictologie et de la qualité de la prise en charge. Et ce même s'il existe une différence significative entre les généralistes adressant actuellement des patients et ceux l'ayant fait par le passé. Ces derniers semblent moins enthousiastes.

Quand nous analysons le détail des critiques, nous remarquons que celles-ci concernent principalement le manque de retour mais aussi les délais de consultation qui sont jugés trop longs. Cela recoupe les données des précédentes études réalisées en France (75,86) et souligne l'importance de la problématique de la disponibilité des lieux de consultations et d'hospitalisation pour les généralistes du territoire.

Une question a été diversement comprise et interprétée, à savoir la notion de crises addictives aiguës et notamment leur adressage aux Urgences. Nous entendions par le terme « crise addictive aiguë », une période de déstabilisation dans l'usage des substances psychoactives faisant rupture avec l'état d'équilibre précédent et le suivi médico-social en place. Certains

généralistes l'avaient interprété comme une urgence aiguë en addictologie (sevrage, intoxication aiguë,...). Nous avons donc fait le choix de séparer en cours d'étude la question entre service d'accueil des urgences (SAU) et crise addictive aiguë.

Il n'est resté pas moins que cette problématique est fréquente en médecine de ville. 57% des généralistes adressant à F.W. le font pour des crises addictives aiguës et la moitié de ceux-ci « souvent » ou « toujours » quand ils y sont confrontés. De plus, 40% des généralistes déclarent manquer d'un correspondant pour avoir un avis ou adresser en cas de survenue de cette rupture ou « urgence ».

Il existe donc une problématique à éclaircir par ailleurs : la réponse à apporter aux généralistes ayant besoin d'une prise en charge addictologique urgente.

La principale limite de cette enquête est l'existence d'un biais de sélection de l'échantillon (ici lors du recrutement), qui affecterait la représentativité de notre échantillon par rapport à la population cible.

Le principal élément de ce biais est le fait que les généralistes qui dès le départ étaient plus sensibilisés aux questions de l'addiction ont probablement davantage participé à l'enquête. Ce biais est clairement différentiel.

Un autre élément est la différence entre les statuts de médecins. Nous avons décidé de faire porter cette recherche sur l'ensemble de la population des médecins généralistes installés exerçant sur le territoire, qu'ils soient libéraux ou salariés en centres de santé. Les médecins salariés se sont révélés plus difficiles à contacter (refus du secrétariat, politique d'établissement, horaires plus limitées), mais leur taux de participation, une fois joints, est relativement semblable à celui des médecins libéraux. Les médecins salariés ne constituent

ainsi qu'une faible part de notre échantillon. Il existe dans la littérature peu d'enquêtes sur les généralistes exerçant en centre qui ne soient directement conduites sous la direction des centres de santé eux-mêmes ou par les institutions sanitaires. Cela peut être source d'un biais différentiel, si les pratiques de généralistes libéraux et salariés divergent, ce que nous n'avons pas pu explorer devant la faible proportion des généralistes salariés.

La participation des médecins libéraux à notre étude (37,8%) est importante comparé aux études quantitatives réalisées par questionnaires (courrier ou internet) sur la population des généralistes en France et à Paris et notamment sur le thème de l'addictologie. Et nous avons vu que les données démographiques de l'échantillon sont comparables à celle de la population cible.

La plupart des refus de participation se partagent entre le manque de temps à y consacrer et un désintérêt franc pour les enquêtes en général, notamment les questionnaires de thèse de médecine. Les généralistes parisiens sont fréquemment contactés pour de telles enquêtes du fait de la concentration des facultés dans la métropole. Nous pouvons considérer ce biais comme non différentiel dans l'absolu, mais il grève notre enquête d'un manque de puissance dans les analyses d'associations statistiques.

Notre questionnaire est relativement plus long que la plupart des autres enquêtes. Mais le taux de retour (50,5%) n'est pas décevant et démontre la bonne acceptabilité de sa réalisation par les généralistes. De plus, sa problématique pratique et fonctionnelle (n'étant pas une possible évaluation de jugement) et son organisation par « tiroir » (ou n'ouvrant les questions qu'aux généralistes concernés) a probablement permis une meilleure acceptation.

Par ailleurs, le taux de réponse est hétérogène, bien meilleur dans le 9^{ème} arrondissement. La meilleure densité des généralistes dans cet arrondissement pourrait expliquer ce résultat. Il est clair que la surcharge de travail des généralistes, notamment ceux des 10^{ème} et 18^{ème} arrondissements, est un frein notable à la participation à l'étude.

Il est également possible que la méthodologie et la conduite effective de l'enquête aient influé sur ce taux de réponse différentielle. En effet, si les durées de recrutement durant les deux phases sont comparables, les périodes sont différentes. Les médecins du 9^{ème} ont été interrogés durant les vacances d'été, pouvant sans doute libérer un peu plus de temps que les médecins des autres arrondissements, interrogés à la rentrée.

CONCLUSION

Les consultations d'addictologie de Fernand Widal sont connues et utilisées par les généralistes des 9^{ème}, 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements, bien que ceux-ci ne fassent pas la différence entre les deux structures disponibles - le CSAPA Murger et la Polyclinique. Ces généralistes sont globalement satisfaits par la prise en charge des patients qu'ils adressent. L'analyse laisse entrevoir que les interactions sont unidirectionnelles : les principales critiques exprimées sont un manque de retour, ainsi qu'un délai de rendez-vous trop long. Si la prise en charge du tabac semble pleinement faire partie de l'exercice commun du généraliste, celle de l'alcool est davantage déléguée et motive souvent un adressage aux consultations spécialisées. On observe que cet adressage concerne davantage des situations particulières, où les moyens du généraliste sont dépassés (besoin de programmer une hospitalisation, prise en charge de comorbidités psychiatriques ou de problématiques sociales) que des publics spécifiques.

Nous pouvons imaginer à partir de ces observations plusieurs perspectives qui relèvent d'une même dynamique : recréer une filière de soins en addictologie dans le nord de Paris, afin de fluidifier les échanges entre les généralistes et les consultations de Fernand Widal (sans pour autant remettre en service un réseau de santé, administrativement trop lourd). Un tel réseau est dur à maintenir et la fin du réseau Paris-Nord a montré les limites de ce type d'organisation. Cette filière pourrait s'appuyer sur un système de consultations d'accès rapides dédiées à l'évaluation de la nécessité d'une hospitalisation et à sa programmation, sans pour autant initier un suivi, celui-ci étant assuré par le généraliste à la sortie de l'hôpital. Ces consultations pourraient aussi permettre de réaliser des sevrages en alcool ambulatoires ou de donner des avis ponctuels dans le cadre d'une prise en charge par le généraliste. Enfin, un prochain travail pourrait porter sur le mode de sortie du dispositif spécialisé (notamment dans le cas de la dépendance aux opiacés) et du retour du patient à la médecine de ville.

BIBLIOGRAPHIE

1. Florence Vorspan, Jean-Pierre Lépine. Epidémiologie. In: Addictologie (dir. M. Lejoyeux). Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 3-17. (coll. Abrégés).
2. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 28 juin 2001;344(26):2021-5.
3. Anne Berquin. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*. 11 août 2010;6(258):1511-3.
4. Myriam Tsikounas. Apports des sciences humaines à l'addictologie. In: Addictologie. Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 18-21. (coll. Abrégés).
5. Claudie Haxaire, Philippe Genest, Philippe Bail. Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. In: G Bloy, F-X Schwyer (dir.) *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2009. p. 133-46.
6. Aline Sarradon-Eck. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins. In: G Bloy, F-X Schwyer (dir.) *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2009. p. 253-70.
7. Jean Dugarin, Patrice Nominé. Toxicomanie: historique et classifications. *Histoire, économie et société*. 1988;(4):549-86.
8. Martine Lacoste, Elisabeth Avril, Anne Coppel. Aux origines de la réduction des risques et des CAARUD. In: *Actes de la journée CAARUD 10 ans*. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2015.
9. Clarisse Boisseau. Un voyage au long cours. *Pratiques*. juillet 2012; (58):62-3.
10. Marijo Taboada. C'est en forgeant qu'on devient forgeron. *Pratiques*. juillet 2012; (58):78-4.
11. Jean Dugarin. Adaptation du système de soin français en toxicomanie depuis 35 ans. *Psychotropes*. 2008;14:9-20.
12. Nicolas Fortané. Quand les frontières de la médecine sont liées à celles de l'administration sanitaire : une sociologie des rapports Etat / profession à partir du cas de l'addictologie. In: *Aux frontières de la médecine*. Archives contemporaines; 2014. p.59-63.
13. Romain Guignard, François Beck, Ivana Obradovic. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In: *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: Inpes; 2011. p. 176-201. (coll. Baromètres santé).
14. François Beck, Stéphane Legleye, Florence Maillochon, Gaël De Peretti. Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes. *Regards sur la parité*. 2008;65-82.
15. François Beck, Julie-Emilie Adès, et al. *Drogues, chiffres clés 2015*. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; juin 2015.

16. François Beck, Romain Guignard, Christophe Léon, Jean-Baptiste Richard. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis: Inpes; 2013 p. 104. (coll. Etudes santé territoires).
17. Julie-Emilie Adès, et al. Les niveaux d'usages des drogues en France en 2014. Tendances OFDT. mars 2015;(99):8.
18. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Alcohol Clin Exp Res. nov 2005;29(11):2001-7.
19. Claude Got. La mort évitable : tabac, alcool et accidents de la route en France. Population & Sociétés. sept 2003;(393).
20. François Paille, Michel Raynaud. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 7 juillet 2015;(24-25):440-9.
21. Grégory Pfau, Catherine Pequart. Tendances récentes et nouvelles drogues. Synthèse des résultats TREND - Paris 2013. Paris: Association Charonne / Observatoire français des drogues et des toxicomanies; décembre 2014.
22. Agnès Cadet-Taïrou, Michel Gandilhon, Emmanuel Lahaie. Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). Tendances OFDT. févr 2012;(78).
23. Direction Générale de la Santé. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
24. Christophe Palle, Malisa Rattanatrak. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; juin 2013 p. 89.
25. Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT).
26. Agnès Cadet-Taïrou. Les résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2012. In: Actes de la journée CAARUD 10 ans. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2015.
27. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
28. Brigitte Reiller, Marie-Laure Beausoleil, Martine Valadié-Jeannel. Quelles missions pour les CAARUD ? Focus sur les missions : « accueil personnalisé » et « aller à la rencontre des usagers ». In: Actes de la journée CAARUD 10 ans. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2015.
29. Agnès Cadet-Taïrou, Stéphane Saïd. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances - OFDT. janvier 2015;(98).

30. Chloé Hamant. Des outils pour les CAARUD. Manuel « Médiation sociale ». In: Actes de la journée CAARUD 10 ans. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2015.
31. Direction Générale de la Santé. Circulaire N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
32. Direction Générale de la Santé. Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.
33. MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013 - 2017. sept. 2013
34. Inserm. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. 2014 p. 101.
35. Ivana Obradovic. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Tendances OFDT. mai 2015;(101).
36. Inpes - Actualités 2015 - Connaissez-vous les « Consultations Jeunes Consommateurs » ? [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/002-cjc.asp>
37. François-Xavier Schweyer. L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé. In: G Bloy, F-X Schweyer (dir) Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2009. p. 283-305.
38. Aline Sarradon-Eck, Anne Vega, Murielle Faure. Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie (Aix-Marseille III); 2004.
39. François-Xavier Schweyer. Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), éditeur. Sociologie Pratiques. 2009;2(11):89-104.
40. Julien Yvon. Soins en réseau de patients dépendants aux opiacés sur le département du Vaucluse : étude qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. Université Aix-Marseille; 2013.
41. Réseau de Santé Paris-Nord : Département Addictions [Internet]. [cité 9 avr 2015]. Disponible sur:<http://www.reseau-paris-nord.com/addictions/addictions.presentation.php>
42. Alain Giami. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In: G Bloy, F-X Schweyer (dir) Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2009. p. 147-68.
43. Jean-Philippe Anris, Léon Burton, Micheline Claudon, Yannick Le Blévec, Michel Lejoyeux, Michel Raynaud. L'avenir de l'addictologie : le patient, son entourage et les Groupes d'Entraide. Alcoologie et Addictologie. 2012;34(4):335-50.

44. L'association Alcooliques Anonymes [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.alcooliques-anonymes.fr/qui-sont-les-aa/l-association-aa>
45. Association pour la communication, l'espace et la réinsertion des malades addictifs. [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://acerma.org/>
46. Poncet F, Feral A. Le patient alcoolisé : un « client » si présent et si oublié des urgences. *Le Courrier des Addictions*. 2002;4:137-41.
47. Binks S, Hoskins R, Salmon D, Bengier J. Prevalence and healthcare burden of illegal drug use among emergency department patients. *Emerg Med J*. déc 2005;22(12):872-3.
48. Frédérique Duval. La consultation au SAU peut-elle être un moment privilégié de détection et d'information sur le problème de dépendance aux benzodiazépines ? [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris-Est Créteil; 2011.
49. Line Wolter, Vincent Della Santa. Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. *Rev Med Suisse*. 2013;27(394):1461–1464.
50. Denis Baudouin, Martine Debobbeleer, Amine Benabderrazik, Déo-Gratias Bizimungu, Virginie Sciera. Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgences mais pas toujours les bienvenus. *La Revue de la Médecine Générale*. déc 2008;(258):408-14.
51. Azuar J, Questel F, Hispard E, Scott J, Vorspan F, Bellivier F. Hospital Stay and Engagement in Outpatient Follow-Up After Alcohol Emergency Detox: A 1-Year Comparison Study. *Alcohol Clin Exp Res*. février 2016;40(2):418-21.
52. Jean Carpentier. Accueillir et prendre soin d'un usager de drogues en médecine de ville : pourquoi a-t-il fallu qu'il frappe à ma porte ? MILD; 1997.
53. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. Inserm; juin 2010.
54. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
55. Haute Autorité de Santé (HAS). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine; 2014.
56. Stanislas Spilka, Eric Janssen, Stéphane Legleye. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2013.
57. Axe Prévention - Dépistage. In: Plan Cancer 2009-2013. Institut National du Cancer; 2009. p. 46-79.
58. Caroline Jeanmart. Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France) [Thèse de doctorat en Sociologie]. Université Lille 1; 2007.

59. Emmanuel Pichon. Le quartier, la médecine générale, le toxicomane. *Pratiques*. juillet 2012;(58):76-7.
60. Marion Thierry-Mieg. Apprendre à soigner. *Pratiques*. juillet 2012;(58):72.
61. Géraldine Bloy. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In: G Bloy, F-X Schweyer (dir.) *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2009. p. 23-40.
62. Aude Lalande, Stany Grelet. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale pratiques de la substitution en ville (approche qualitative). Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2001.
63. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Compte-rendu de la séance du 20 mars 2014 de la Commission des Stupéfiants et Psychotropes de l'ANSM [Internet]. 2014 [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/125636cafe5929ba7f654eb148fc5c07.pdf
64. Fédération Addiction, Alain Morel. Vers la mise en place de la primo-prescription de Méthadone en ville. [Internet]. 2014 [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.federationaddiction.fr/vers-primoprescription-methadone-en-ville/>
65. Clara Lepez. Prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis en médecine générale [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Descartes - Paris 5; 2015.
66. Cécile Fournier, Pierre Buttet, Emmanuelle Le Lay. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In: *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: Inpes; 2011. p. 45-83. (coll. Baromètres santé).
67. Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Pratique et organisation des soins*. 2007;(38):259-68.
68. Anne Fillol Ghazi. Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool: étude des perceptions des médecins généralistes au moyen d'un questionnaire postal [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2005.
69. Marion Groppi. Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool [Thèse d'exercice de médecine]. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie - Paris 6; 2010.
70. Johanna Hagege-Arditti. Evaluation du ressenti des patients alcoolodépendant vis à vis du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de leur maladie alcoolique. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
71. Ella Iacob. Evaluation de la satisfaction des patients alcooliques lors de la prise en charge par leur médecin généraliste [Thèse d'exercice de médecine]. Université d'Amiens; 2014.

72. Clémence Bouillerot. Articulation entre le médecin généraliste et le dispositif spécialisé dans la prise en charge du patient présentant un usage problématique d'alcool [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Bordeaux 2;
73. Janine Bachimont, Joël Cogneau, Alain Letourmy. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*. 2006;24(2):75-103.
74. Peyre Comparat M. Le Médecin généraliste face aux addictions: étude qualitative et quantitative en région PACA [Thèse d'exercice de médecine]. Université Aix-Marseille. Faculté de Médecine; 2013.
75. Laure Levi. Enquête sur la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes de la Côte Basque en 2009 [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Bordeaux II; 2010.
76. Elodie Foo Chan Chin. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'un département, les Deux-Sèvres, vis-à-vis des addictions [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Poitiers; 2013.
77. Charlotte Alam Solty. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et la pratique de l'entretien motivationnel [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Caen; 2013.
78. Elise Gaugler-Rinckwald. Représentations des Médicaments de Substitution aux Opiacés par les patients et leurs médecins généralistes : De la drogue à l'alliance thérapeutique. Approche qualitative en médecine de ville. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Descartes - Paris 5; 2010.
79. Joëlle Moy, Yann Vanlerberghe. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Grenoble; 2012.
80. Patricia Dias Moura Da Costa Gomes. Prise en charge globale des patients toxicomanes au cabinet en ville : Obstacles et solutions [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2012.
81. Géraldine Bloy. Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus. In: G Bloy, F-X Schweyer (dir.) *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2009. p. 75-95.
82. François-Xavier Schweyer. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: G Bloy, F-X Schweyer (dir.) *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2009. p. 55-74.
83. Gelly J, Le Bel J, Aubin-Augier I, Mercier A, Youssef E, Mentre F, et al. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care - an observational cross-sectional multicentre study. *Family Practice*. 1 août 2014;31(4):445-52.

84. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. avr 2003;93(4):635-41.
85. Charles Trojman. Evaluation de la prise en charge complexe du patient toxicomane en cabinet de ville par le médecin généraliste [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Nice; 2011.
86. Paul Plouhinec. Evaluation de la consultation d'addictologie de l'Hôpital de Montaigu par les généralistes du secteur [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Nantes; 2014.
87. Plateforme ouverte des données publiques françaises [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: data.gouv.fr
88. Paul Blanquart. Une histoire de la ville. La Découverte; 1997. 194 p.
89. Michel Pinçon, Monique Pinçon-Charlot. Sociologie de Paris. 3ème édition. Paris: La Découverte; 2014. 126 p. (Repères).
90. Eric Hazan. L'invention de Paris. Paris: Le Seuil; 2002. 481 p. (Points).
91. Paris et ses quartiers : 9ème arrondissement. Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR); 2001 oct.
92. Jean-Claude Toubon, Khelifa Messamah. Centralité immigré, le Quartier de la Goutte d'Or - Dynamique d'un espace pluriethnique : succession, compétition, cohabitation. L'Harmattan; 1992. (coll. Recherches universitaires et migrations).
93. Michel Pinçon, Monique Pinçon-Charlot. Paris : Quinze promenades sociologiques. Paris: Payot & Rivages; 2009. 336 p.
94. Claude Grignon. Composition romanesque et construction sociologique: L'anatomie du goût populaire chez Zola. *Enquête*. 2 juin 1988;(4):3-25.
95. Inserm. Imagerie du « boire ». In: *Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris: Les éditions de l'Inserm; 2003. p. 88-112.
96. Inserm. Dimensions historiques, culturelles et sociales du « boire ». In: *Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris: Les éditions de l'Inserm; 2003. p. 55-87.
97. Anne Clerval. Les dynamiques spatiales de la gentrification à Paris. Une carte de synthèse. *European Journal of Geography*. 20 juillet 2010;
98. Catherine Rhein, Marianne Blidon, Antoine Fleury, France Guérin-Pace, Anne-Lise Humain-Lamoure. Regards sur les quartiers parisiens. Contextes spatiaux, usages politiques et pratiques citadines. Paris: UMR Géographie-cités, CNRS, Universités Paris 1 et Paris 7; 2008 juin.
99. Marco Oberti, Edmond Préteceille. La ségrégation urbaine. Paris: La Découverte; 2016. 124 p. (coll. Repères).

100. Jean-Claude Toubon, Khelifa Messamah. Coexistence et confrontation dans un quartier pluri-ethnique : le cas de la Goutte d'Or. *Sociétés contemporaines*. déc 1990;(4):37-50.
101. Pauline Viot. Les migrations résidentielles font évoluer la sociologie du centre de l'agglomération parisienne. *Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR)*; 2012 sept.
102. Sandra Roger, Pauline Viot. Population, logement, emploi dans la métropole du Grand Paris. *Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR)*; 2015 mars.
103. Observatoire des Loyers de l'Agglomération Parisienne (OLAP) [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-loyers.fr/>
104. Chambre des Notaires de Paris [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.paris.notaires.fr/>
105. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: www.insee.fr
106. Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR) [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: www.apur.org
107. Paris et ses quartiers : 19ème arrondissement. *Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR)*; 2001 oct.
108. Paris et ses quartiers : 18ème arrondissement. *Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR)*; 2001 oct.
109. Bidou-Zachariasen C, Poltorak J-F. Le «travail» de gentrification: les transformations sociologiques d'un quartier parisien populaire. *Espaces et sociétés*. 2008;132(1):107–124.
110. Jacques Levy. La ville, concept géographique, objet politique. *Le Débat*. 1996;5(92):111-25.
111. Assurance Maladie - Paris. Démographie médicale parisienne - Janvier 2015 [Internet]. 2015 [cité 1 août 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie_Medicale.pdf
112. Adrien Frenehard. Enquête DémoMed 75 : Evaluation de l'offre de soins primaires à Paris et évolution prévisible dans 2 et 5 ans. Résultats sur le 9ème arrondissement. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
113. Elodie Barillé. Enquête DémoMed 75 : Evaluation de l'offre de soins primaires à Paris et évolution prévisible dans 2 et 5 ans. Résultats sur le 10ème arrondissement. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
114. Marion Fays Duet. Enquête DémoMed 75 : Evaluation de l'offre de soins primaires à Paris et évolution prévisible dans 2 et 5 ans. Résultats sur le 18ème arrondissement. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.

115. Zishan Butt. Enquête DémoMed 75 : Evaluation de l'offre de soins primaires à Paris et évolution prévisible dans 2 et 5 ans. Résultats sur le 19ème arrondissement. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
116. Paris Med': un projet d'aide à l'installation des professionnels de santé [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: www.paris.fr/parismed
117. François Bourdillon, Anne Mosnier, Jean Godard. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Société française de santé publique; juin 2008.
118. Marguerite Moleux, Françoise Schaetzel, Claire Scotton. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris: Inspection générale des affaires sociales; mai 2011. Report No.: RM2011-061P.
119. Florence Jusot, Sandy Tubeuf, Alain Trannoy. Les différences d'état de santé en France: inégalités des chances ou reflet des comportements à risques? *Economie et Statistique*. 2013;(455-456):37-51.
120. Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Thierry Debrand, Caroline Allonier, Véronique Lucas, Aurélie Pierre. Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles. Les documents de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (Onzus). mai 2009;(1).
121. Rican S, Rey G, Lucas-Gabrielli V, Bard D, Zeitlin J, Charreire H, et al. Désavantages locaux et santé : construction d'indices pour l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé en France et leurs évolutions. *Environnement, Risques & Santé*. 1 juin 2011;10(3):211-5.
122. Stanislas Spilka, Claire Bouillet. Les usages de drogues des adolescents parisiens et séquano-dionysiens en 2014. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*; 2015.
123. Henri Bergeron. *Sociologie de la drogue*. Paris: La Découverte; 2009. 128 p. (coll. Repères).
124. Grégory Pfau, Catherine Péquart. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris : Etat des lieux en 2011-2012. Paris: Association Charonne / Observatoire français des drogues et des toxicomanies; janvier 2014 p. 112.
125. Les Zones de Sécurité Prioritaires (ZSP) - La préfecture de Police [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.prefecturedepolice.interieur.gouv.fr/layout/set/print/Vous-aider/Actions-de-prevention/Dispositifs-ZSP-et-videoprotection/Les-ZSP>
126. Asud. Au Nord parisien, rien de nouveau. *Asud-Journal*. 2000;(18):7.
127. Georges Hidalgo, Christian Lefort, Alain Ternus. Etudes sur le « crack » à la Goutte d'Or. Association Espoir Goutte d'Or; 1996.
128. Alexandre Marchant. L'îlot Chalon, le « ghetto » parisien de la drogue du début des années 1980. *SWAPS*. 2012;(68):17-21.

129. Michel Kokoreff. L'économie de la drogue: des modes d'organisation aux espaces de trafic. *Les annales de la recherche urbaine*. 1998;78:114-24.
130. Franck Lescroel. Vie de quartier et toxicomanie. In: *La Vie de quartier à la Goutte d'Or*. 2006. p. 67-80.
131. Anne Coppel. Un panel citoyen sur les usages de la drogue (quartier de Stalingrad à Paris). *Cosmopolitiques*. août 2004;(7):211-22.
132. Nouveaux modes de socialisation des jeunes publics adultes en espaces ouverts autour de consommations d'alcool - Observations dans différents lieux de rassemblement parisiens. Une extension du dispositif TREND à Paris. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; mars 2014.
133. Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Pascale Lengagne. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque? *Questions d'économie de la santé*. janvier 2008;(129).
134. Catherine Raynaud-Maurupt, Emmanuelle Hoareau. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés » : dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*; déc. 2010.
135. Christopher B.R. Smith. Socio-spatial stigmatization and the contested space of addiction treatment: Remapping strategies of opposition to the disorder of drugs. *Soc Sci Med*. mars 2010;70(6):859-66.
136. Asud. Paris, haro sur les drogués. *Asud-Journal*. 2000;(18):7.
137. Jeanne Pereira Le Corre. Etat des lieux des représentations, des ressentis et des connaissances des médecins généralistes sur la douleur des patients toxicomanes aux opiacés. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2013.
138. Sandrine Coulomb, Anne Duburcq, Cédric Marchand, Marc Péchevis. Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. *OFTD*; 2002.
139. Hôpitaux Lariboisière et Fernand-Widal [Internet]. Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://ghparis10.aphp.fr/patrimoine/lariboisierefernand-widal-patrimoine/>
140. Françoise Genevray. De George Sand à Henry Murger: note sur les débuts du bohémianisme (1835-1845). *Analyses*. 2012;7(3).
141. Rapport annuel d'activité - CSAPA Espace Murger - Année 2014. Assistance Publique Hôpitaux de Paris; 2015.
142. Roselyne Latapie. Prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte : enquête auprès de 194 Médecins Généralistes des 10ème et 19ème arrondissements de Paris [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2006.

143. Google Forms [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.google.com/forms/about/>
144. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.conseil75.ordre.medecin.fr/>
145. ARS Île-de-France [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>
146. URPS médecins Ile-de-France [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.urps-med-idf.org/>
147. ameli-direct - Je choisis avant de consulter [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://ameli-direct.ameli.fr/>
148. SOS médecins Paris ile-de-France [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins.fr/>
149. Pages Jaunes [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.pagesjaunes.fr/>
150. Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois. Atlas de la Démographie Médicale en France 2015. Paris: Conseil national de l'Ordre des Médecins; juin 2015 p. 322.
151. Fanny Augère. Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addictions », auprès des médecins généralistes girondins : étude comparative entre territoire visité et un territoire non visité [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Bordeaux II; 2010.
152. Michel Rosenzweig. Drogues et civilisations, Une alliance ancestrale. - De la guerre à la pacification. De Boeck. Bruxelles; 2008. 224 p.
153. Jean Dugarin, Patrice Nominé. Approche historique et épistémologique du concept d'addiction. In: Parole et addiction. ERES; 2013. p. 135-35.
154. Isabelle Baszanger. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. Revue française de sociologie. 1986;27(1):3-27.
155. Bruno Falissard. Analysis of Questionnaire Data with R. New York: CRC Press; 2012.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

NOM (ou quatre premières lettres) :

Numéro d'anonymat :

Questionnaire d'évaluation du recours aux consultations d'addictologie de Fernand Vidal par les généralistes du territoire et de leur besoin en correspondants

Section 1 : Données générales

Q1 : Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme

Q2 : Quel âge avez-vous ? _____

Q3 : Dans quel arrondissement exercez-vous ? (*plusieurs réponses possible*)

- ☐ 9^{ème}
☐ 10^{ème}
☐ 18^{ème} Ouest (Ouest des blv Barbès et Ornano)
☐ 18^{ème} Est (Est des blv Barbès et Ornano)
☐ 19^{ème} Nord-Ouest (Nord-Ouest de l'Avenue J. Jaurès)
☐ 19^{ème} Sud-Est (Sud-Est de l'Avenue J. Jaurès)

Q4 : Vous êtes : ☐ installé-e (ou collaborateur-trice) ☐ remplaçant-e

Q5 : Quel est votre lieu d'exercice ? (*plusieurs réponses possible*)

- ☐ Cabinet individuel ☐ Cabinet de groupe, Centre ou Maison de santé

Q6 : Quel est votre type de convention auprès de la Sécurité Sociale ? (*plusieurs réponses possible*)

- ☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Salarié ☐ Non conventionné

Q7 : Etiez-vous adhérent à l'ancien réseau de santé Paris-Nord ? ☐ Oui ☐ Non

Q8 : Avez-vous une formation complémentaire en addictologie ? ☐ Oui ☐ Non

si « Oui », laquelle ?

- ☐ DU / DESC / Capacité ☐ Expérience professionnelle de terrain
☐ Formation médicale continue ☐ Autre :



Tourner la page, svp →

Section 2 : L'addictologie dans votre pratique

Q1 : Combien de patients recevez-vous en consultation par **semaine** usagers problématiques d'alcool ?

☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 à 3 ☐ 4 à 6 ☐ 7 à 10 ☐ 11 à 20 ☐ 21 ou plus

Q2 : Combien de patients recevez-vous en consultation par **semaine** dans le cadre d'un sevrage...?

... en alcool ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 à 5 ☐ 6 ou plus

... en tabac ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 à 5 ☐ 6 ou plus

Q3 : Combien de patients recevez-vous en consultation par **mois** ... ?

... pour leur usage de cannabis ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 à 4 ☐ 5 à 9 ☐ 10 ou plus

... pour leur usage de cocaïne ou de crack ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 à 4 ☐ 5 à 9 ☐ 10 ou plus

... usagers problématiques d'anxiolytiques
ou d'hypnotiques ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 à 4 ☐ 5 à 9 ☐ 10 ou plus

... dépendants aux opiacés ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 à 4 ☐ 5 à 9 ☐ 10 ou plus

... dépendants aux jeux ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 à 4 ☐ 5 à 9 ☐ 10 ou plus

Q4 : Prescrivez-vous des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ?

☐ Oui ☐ Non

Si « Oui », pour combien de patient par **mois** ?

- buprénorphine (Subutex®) : _____ - méthadone : _____

Q5 : Souhaiteriez-vous pouvoir prescrire de la méthadone en ville en primo-prescription ?

☐ Oui ☐ Non

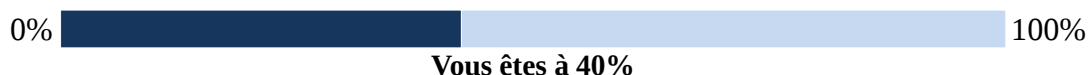
Remarques :

Q6 : L'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) dans le nord de Paris est prévue.

Y êtes-vous favorable ?

☐ Oui ☐ Oui sous réserve(s) ☐ Non ☐ Sans opinion

Remarques :



Tourner la page, svp →

Section 3 : Votre connaissance des consultations de Fernand Vidal :

Q1 : Connaissez-vous l'existence des consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Vidal ?

☐ Oui ☐ Non

Savez-vous qu'elles sont divisées en deux « structures » : le CSAPA¹ Murger et la Policlinique médicale ?

☐ Oui ☐ Non

Q2 : Si vous connaissez leur existence, adressez-vous des patients à ces consultations ?

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------|
| - indifféremment à Fernand Vidal ? | ☐ Oui, actuellement | ☐ Par le passé | ☐ Non |
| - au CSAPA Murger spécifiquement ? | ☐ Oui, actuellement | ☐ Par le passé | ☐ Non |
| - à la Policlinique médicale spécifiquement ? | ☐ Oui, actuellement | ☐ Par le passé | ☐ Non |

Q3 : Si vous adressez des patients, êtes-vous globalement satisfait de leur prise en charge dans les consultations spécialisées d'addictologie de Fernand Vidal ?

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Non concerné

Pouvez-vous détailler ?
.....

Q4 : Adressez-vous des patients à une (ou plusieurs) autre(s) structure(s) concernant les addictions ?

☐ Oui ☐ Non

Si « oui », laquelle ou lesquelles ?

.....

et pour quelles raisons ?

.....

¹ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie



Tourner la page, svp →

Numéro d'anonymat :

Section 4 : Votre utilisation des consultations d'addictologie de Fernand Widal :

Répondre seulement si vous y adressez des patients.

Q1 : A quelle fréquence adressez-vous vos patients aux consultations de Fernand Widal quand vous êtes face à ces problématiques addictives ?

Cochez la case concernée.

(« Non concerné » signifie que vous n'avez pas de patient usager de la substance en question ou des jeux.)

	Non concerné	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Alcool						
Tabac						
Anxiolytiques – Hypnotiques						
Cannabis						
Opiacés						
Cocaine / crack						
Drogues stimulantes (ecstasy, drogues de synthèse, ...)						
Polyaddiction						
Jeux						

Q2 : Devant ces situations ou patient particulier, les adressez-vous à Fernand Widal ?

Cochez la case concernée.

(« Non concerné » signifie que c'est une situation que vous ne rencontrez pas.)

	Non concerné	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Introduction d'un traitement substitutif aux opiacés (TSO)						
Patient avec usage problématique d'un TSO						
Introduction d'un médicament pour l'alcool (baclofène, acamprosate, naltrexone, ...)						
Échec de la prise en charge au cabinet						
Nécessité d'une hospitalisation						
Période de « crise addictive aiguë »						
Patient chronophage						
Problématique sociale associée						
Présence d'une comorbidité psychiatrique (psychose, bipolarité, personnalité impulsive,...)						
Patient sous mesures judiciaires						
Patient jeune ou mineur						
Femme enceinte						
Totalité de la prise en charge addictologique						

Autre :

0%  100%

Vous êtes à 75%

Tourner la page, svp →

Section 5 : Vos besoins en correspondants

Q1 : Pour quelle(s) problématique(s) addictive(s) estimez-vous manquer de correspondants ?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Alcool | ☐ Cannabis | ☐ Anxiolytiques / hypnotiques | ☐ Polyaddiction |
| ☐ Tabac | ☐ Opiacés | ☐ Cocaïne / crack | ☐ Jeux |
| ☐ Nouvelles drogues de synthèse | ☐ MDMA / Ecstasy | ☐ Aucun | |

Q2 : Dans quelles situations pensez-vous qu'il vous manque un correspondant privilégié pour adresser vos patients plus souvent ?

- ☐ Introduction d'un traitement substitutif aux opiacés (TSO)
- ☐ Patient en mésusage d'un TSO
- ☐ Introduction d'un médicament de l'alcoololo-dépendance (baclofène, acamprosate, naltrexone, ...)
- ☐ Échec de la prise en charge au cabinet
- ☐ Nécessité d'une hospitalisation
- ☐ Période de crise addictive aiguë
- ☐ Patient chronophage
- ☐ Problématique sociale associée
- ☐ Présence d'une comorbidité psychiatrique (psychose, bipolarité, personnalité impulsive, ...)
- ☐ Patient sous mesures judiciaires
- ☐ Patient jeune ou mineur
- ☐ Femme enceinte
- ☐ Totalité de la prise en charge addictologique
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

Section 6 : Dépistage des maladies du foie

Il n'existe aucune recommandation actuellement pour le dépistage des maladies alcooliques du foie, et les pratiques sont très variées, que ce soit chez les hépatologues, les médecins généralistes ou les addictologues. Avant l'apparition d'une cirrhose, l'évaluation du stade de fibrose pourrait être pertinente. La fin du questionnaire s'intéresse à votre opinion sur ce sujet.

Q1 : A partir de quelle quantité d'alcool consommée par jour estimez-vous qu'il y ait un risque de développer une fibrose hépatique (en verres ou unités standard) ?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 4 ☐ 7 ☐ 10 ☐ Je ne sais pas

Q2 : Pensez-vous que l'évaluation de la fibrose hépatique puisse modifier l'évolution de la maladie vers la cirrhose ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Q3 : Pensez-vous qu'un diagnostic de maladie hépatique puisse motiver un buveur excessif à diminuer ou arrêter sa consommation d'alcool ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Vous êtes à 90%

Tourner la page, svp →

Numéro d'anonymat :

Q4 : Connaissez-vous les techniques non invasives de dépistage de fibrose hépatique ?

Tests sanguins (Fibrotest, Fibrometre) ☐ Oui ☐ Non
Elastométrie / élastographie ☐ Oui ☐ Non

Q5 : Quelle est pour vous l'importance des examens suivant dans la recherche d'une fibrose hépatique chez un buveur excessif ?

Côtez sur une échelle de 0 à 4 : 0 = examen inutile / 4 = examen indispensable / NSP = Je ne sais pas

	0	1	2	3	4	NSP
Echographie abdominale						
Palpation du foie						
Autres signes cliniques (angiomes stellaires, circulation veineuse collatérale...)						
Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale						
Alpha Foeto-protéine (aFP)						
Numération Formule Sanguine (NFS)						
Taux de plaquettes						
VGM						
Bilan hépato-cellulaire (BHC)						
Taux de prothrombine (TP)						
Bilan lipidique						
Glycémie à jeun						
Albuminémie						
Elastométrie hépatique / Elastographie hépatique						
Test sanguin de fibrose hépatique (FibroTest®, FibroMètre®, ...)						

Q6 : Pour quels patients utilisez-vous ?

.... les tests sanguins ? ☐ Buveur excessif ☐ Hépatite virale ☐ Autre pathologie ☐ Jamais
.... l'élastométrie / élastographie ? ☐ Buveur excessif ☐ Hépatite virale ☐ Autre pathologie ☐ Jamais

Q7 : Avez-vous accès à l'élastométrie (Fibroscan®) / élastographie (Aixplorer®) ?

☐ Oui, sur place ☐ Oui, ailleurs ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Q8 : Si « Oui », dans quels délais y avez-vous accès ?

☐ Tout de suite ☐ Moins d'une semaine ☐ Moins d'un mois ☐ Plus d'un mois ☐ NSP

Q9 : Souhaiteriez-vous disposer de recommandations sur le dépistage de la maladie alcoolique du foie ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

0%  100%
Vous avez terminé !

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Souhaitez-vous que les résultats de cette étude vous soit communiqués une fois analysés ?

(Compter quatre mois environ) ☐ Oui ☐ Non

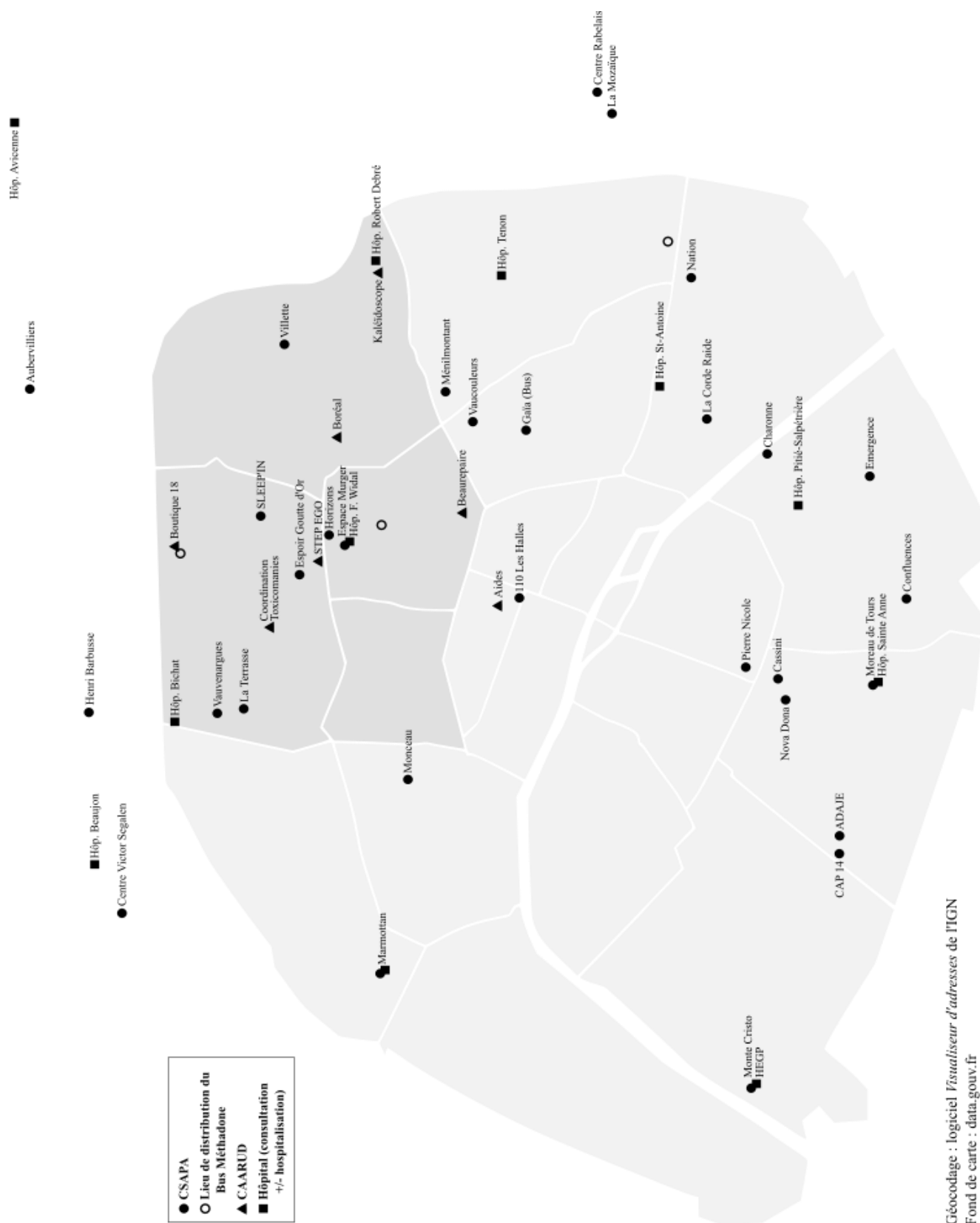
Courriel :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

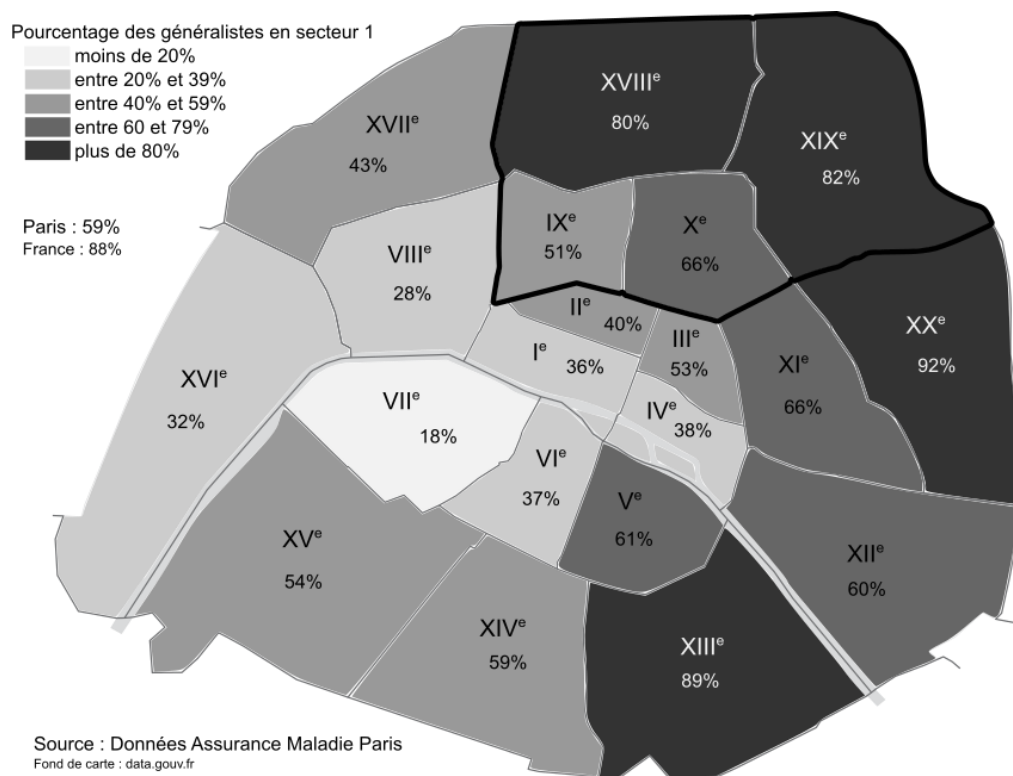
ANNEXE 2 : Cartes

<u>Carte 2</u> : Carte des structures d'addictologie autour du nord-est de Paris	116
<u>Carte 3</u> : Pourcentage des généralistes libéraux en secteur 1 à Paris au 1 ^{er} janvier 2015 (selon les données de l'Assurance Maladie)	117
<u>Carte 4</u> : Densité des généralistes libéraux pour 10.000 habitants dans le nord de Paris, selon le nombre de généraliste relevé par notre étude	117
<u>Carte 5</u> : Pourcentage des généralistes libéraux en secteur 1 dans le nord de Paris, selon les données de notre étude	117
<u>Carte 6</u> : Quartiers d'intervention des institutions sanitaires (Assurance Maladie et ARS Ile-de-France) et de la Mairie de Paris	118
<u>Carte 7</u> : Médiane du revenu disponible par unité de consommation à Paris en 2012	118
<u>Carte 8</u> : Taux de pauvreté à Paris en 2012 (= pourcentage de la population disposant d'un revenu inférieur à 60% du revenu médian national)	119
<u>Carte 9</u> : Taux de chômage à Paris en 2012	119
<u>Carte 10</u> : Pourcentage de logements sociaux à Paris au 1 ^{er} janvier 2014	120
<u>Carte 11</u> : Pourcentage d'habitants de nationalité étrangère à Paris en 2012	120
<u>Carte 12</u> : Prix de l'immobilier à Paris au 1 ^{er} trimestre 2015 (prix médian/m ²)	121
<u>Carte 13</u> : Zonage 2015 de Paris en fonction du loyer médian par quartier administratif (selon l'OLAP)	121

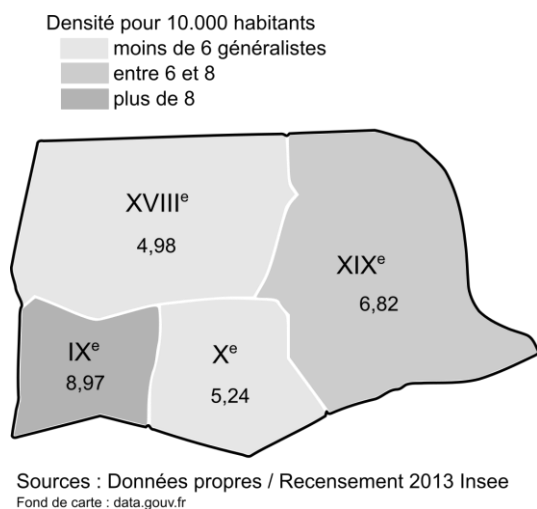
Carte 2 : Carte des structures d'addictologie autour du nord-est de Paris



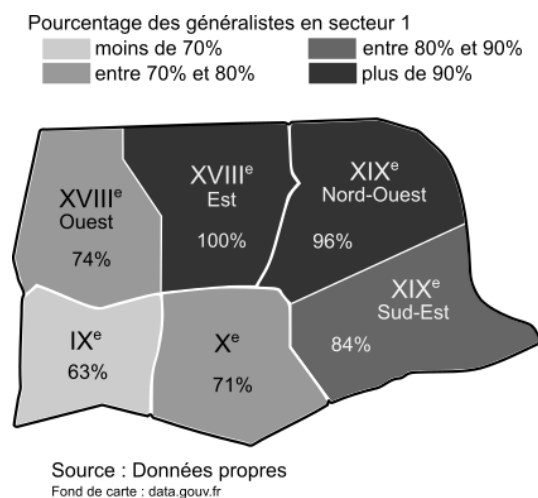
Carte 3 : Pourcentage des généralistes libéraux en secteur 1 à Paris au 1^{er} janvier 2015 (selon les données de l'Assurance Maladie)



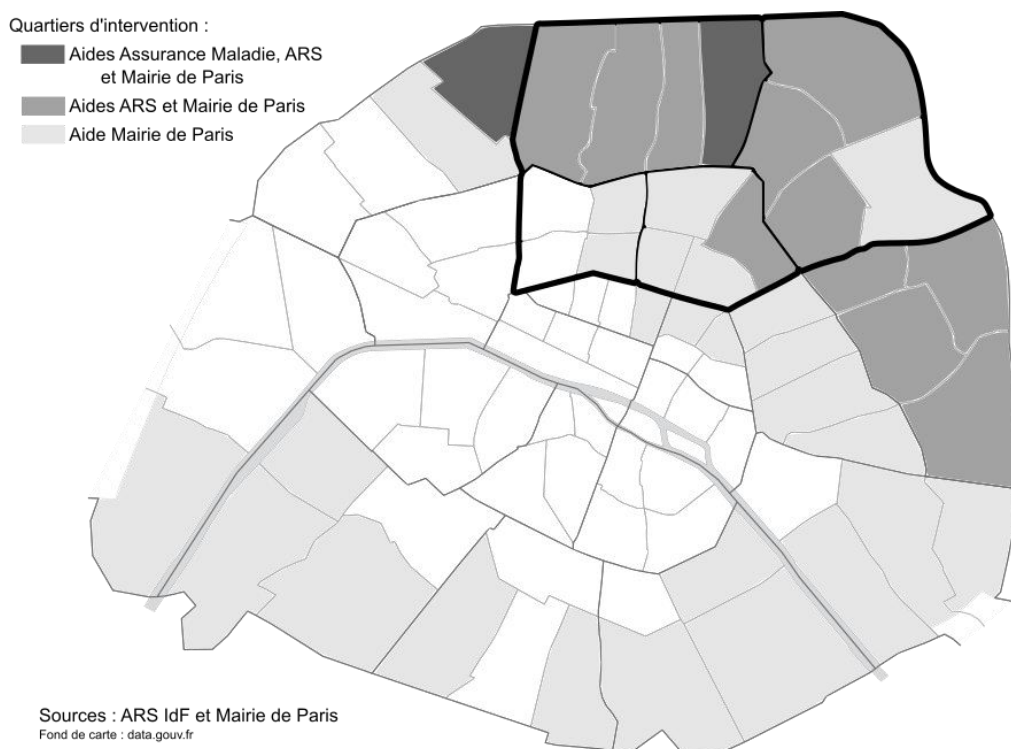
Carte 4 : Densité des généralistes libéraux pour 10.000 habitants dans le nord de Paris, selon le nombre de généraliste relevé par notre étude



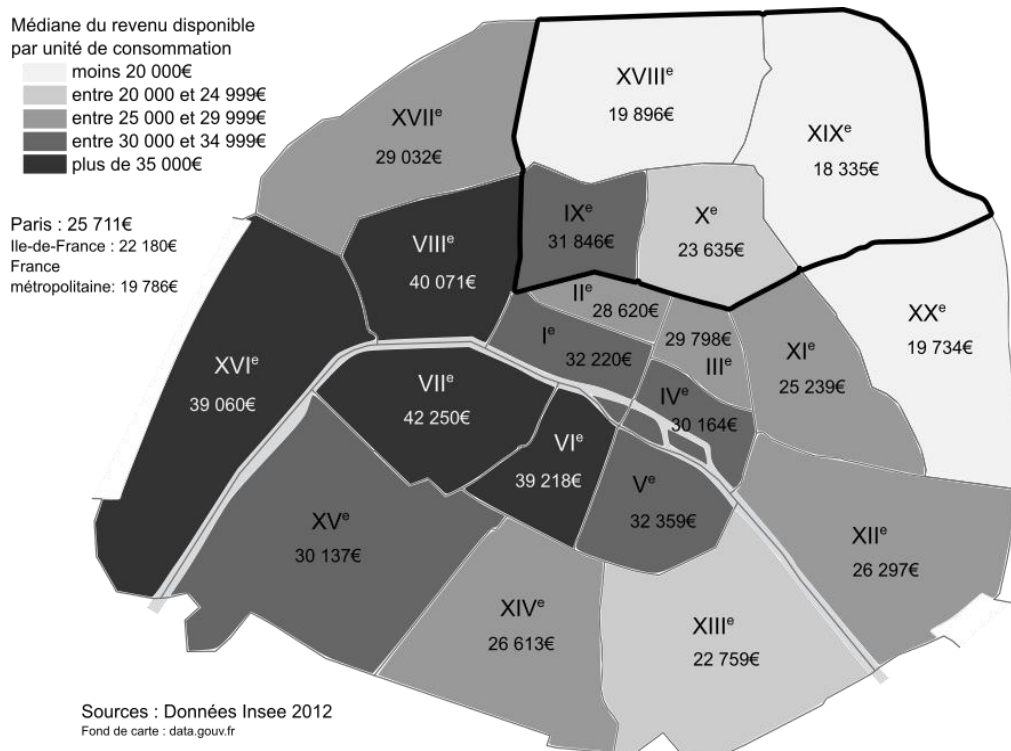
Carte 5 : Pourcentage des généralistes libéraux en secteur 1 dans le nord de Paris, selon les données de notre étude



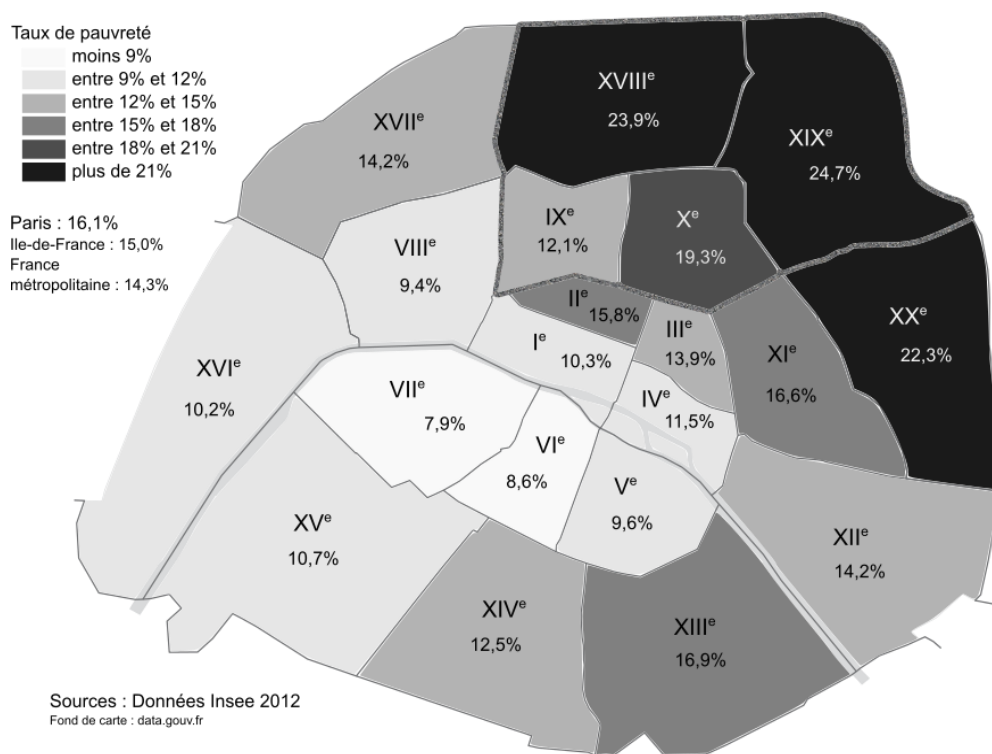
Carte 6 : Quartiers d'intervention des institutions sanitaires (Assurance Maladie et ARS Ile-de-France) et de la Mairie de Paris



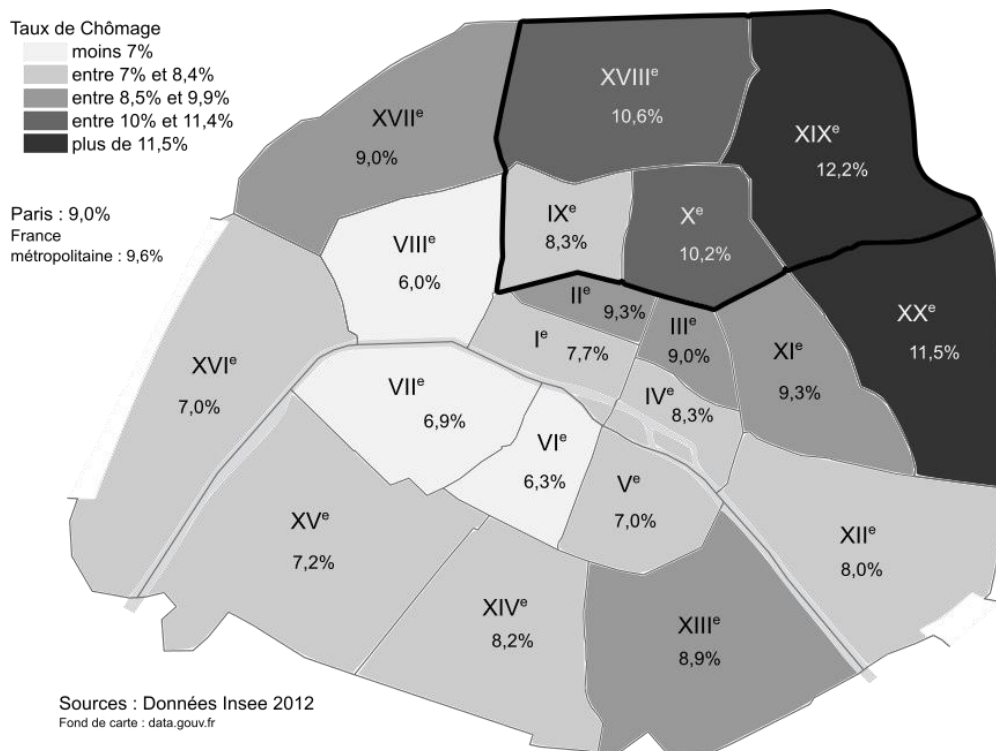
Carte 7 : Médiane du revenu disponible par unité de consommation à Paris en 2012



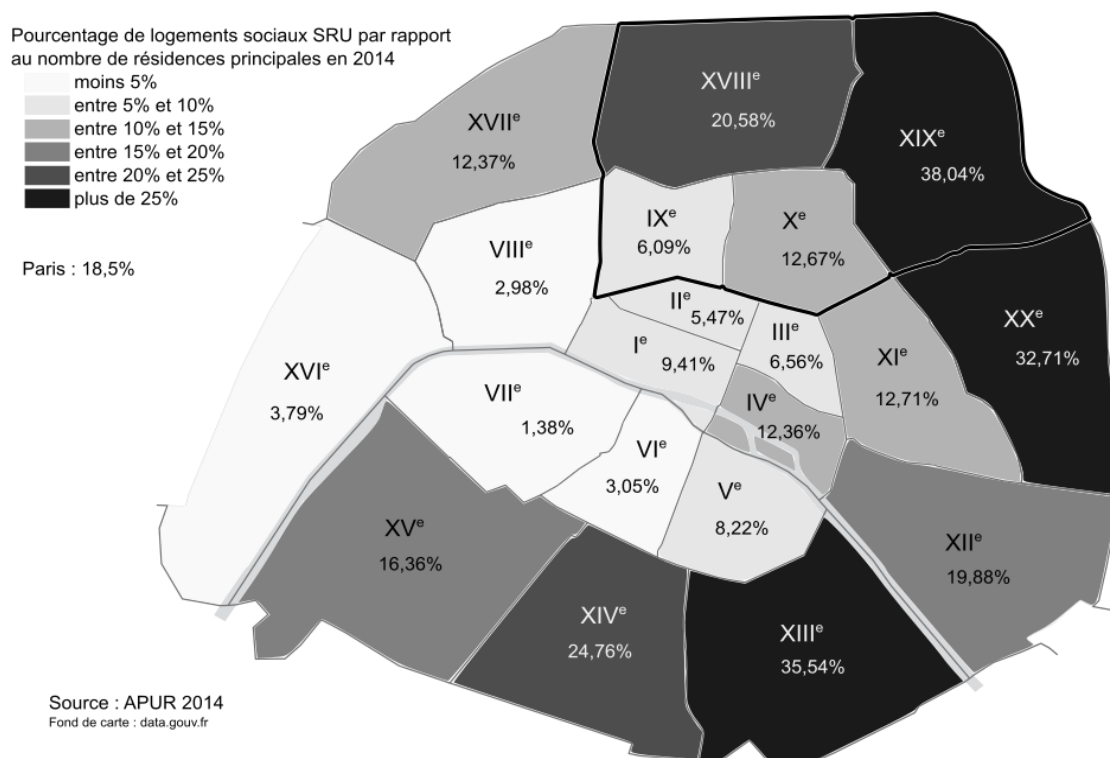
Carte 8 : Taux de pauvreté à Paris en 2012 (= pourcentage de la population disposant d'un revenu inférieur à 60% du revenu médian national)



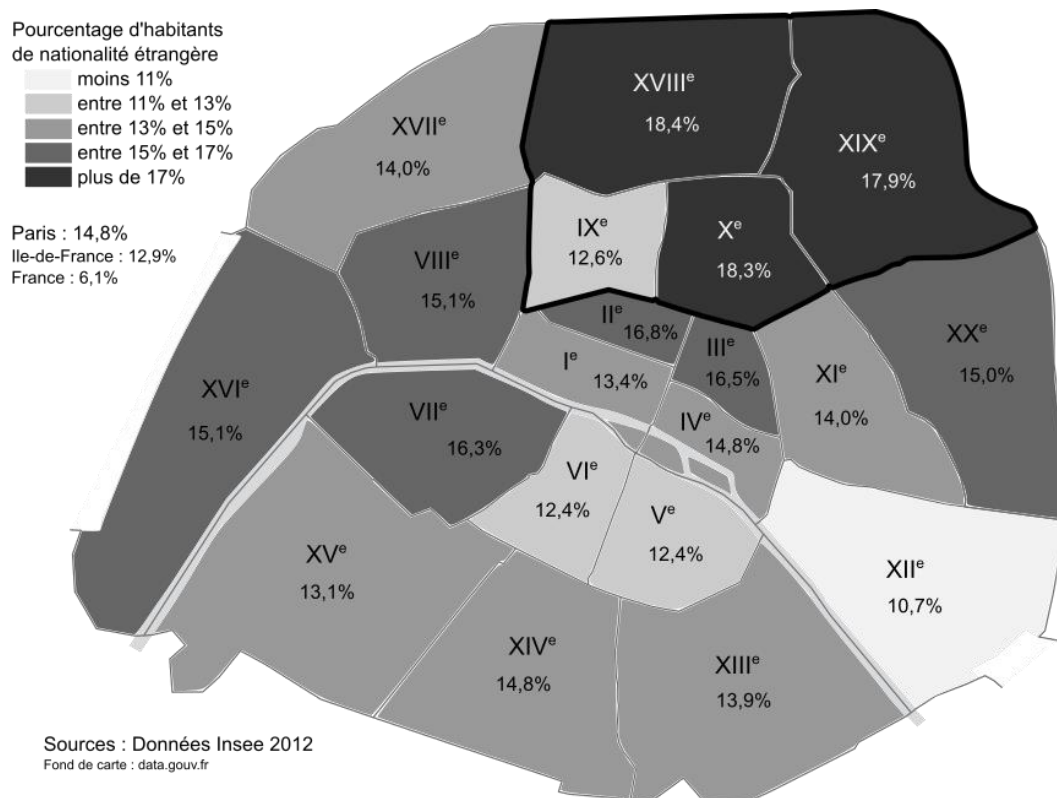
Carte 9 : Taux de chômage à Paris en 2012 (chez les 15-65ans)



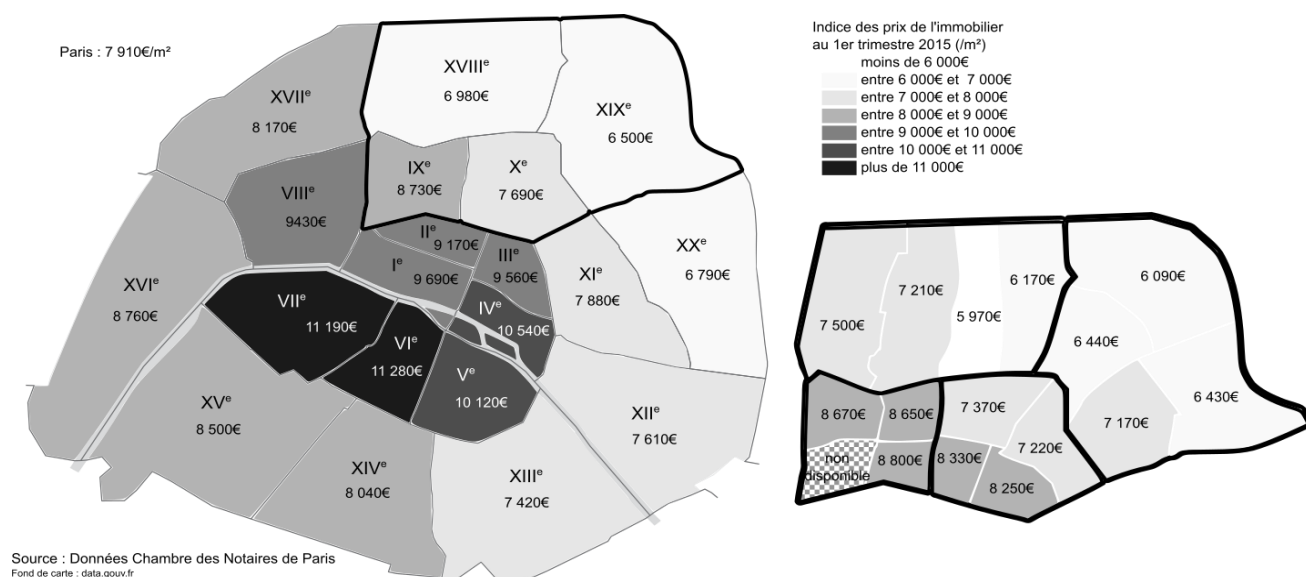
Carte 10 : Pourcentage de logements sociaux à Paris au 1^{er} janvier 2014



Carte 11 : Pourcentage d'habitants de nationalité étrangère (dont UE) à Paris en 2012



Carte 12 : Prix de l'immobilier à Paris au 1^{er} trimestre 2015 (prix médian/m²)



Carte 13 : Zonage 2015 de Paris en fonction du loyer médian par quartier administratif
Zones allant de 1 (loyer médian le plus élevé) à 14 (le plus faible) (selon l'OLAP)



ANNEXE 3 : Autres résultats

A. Analyse descriptive des autres résultats de l'étude

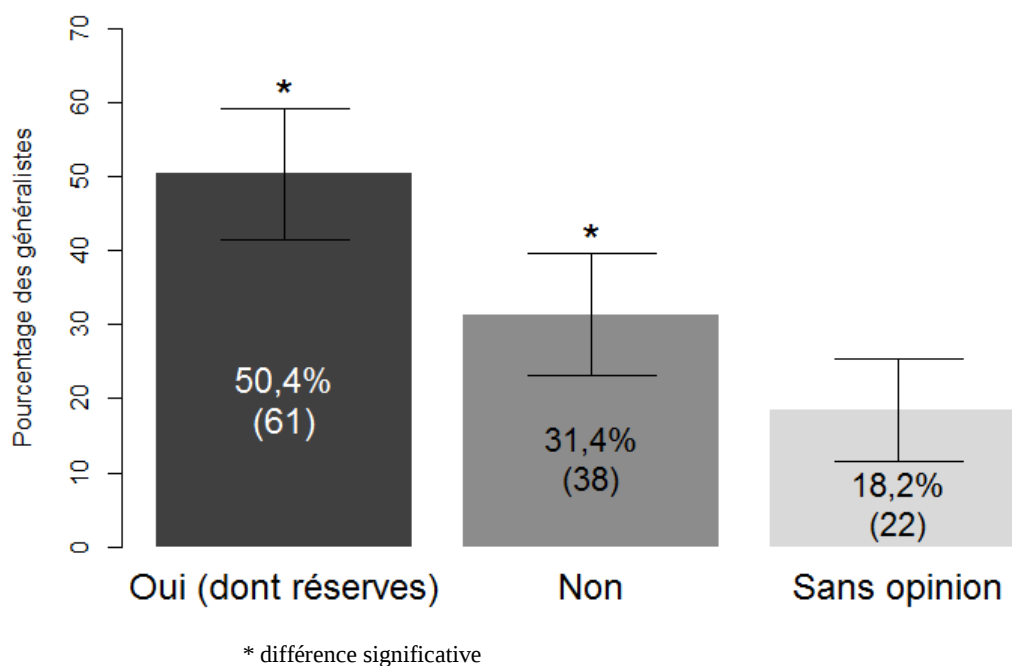
Tableau 11 : Détail de la fréquence d'adressage pour chaque problématique par les généralistes

Produits	Réponses				Effectifs
	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	
Alcool	20	33	22	5	n = 80
Tabac	23	16	3	0	n = 42
Anxiolytiques – Hypnotiques	19	19	4	0	n = 42
Cannabis	20	16	3	5	n = 44
Opiacés	14	17	7	6	n = 44
Cocaïne / crack	7	13	2	6	n = 28
Drogues stimulantes (ecstasy, drogues de synthèse, ...)	4	13	3	3	n = 23
Polyaddiction	4	14	8	4	n = 30
Jeux	2	3	1	2	n = 8

Tableau 12 : Détail de la fréquence d’adressage pour chaque situation par les généralistes

Motifs	Réponses				Effectif
	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	
Nécessité d'une hospitalisation	17	22	15	10	64
Échec de la prise en charge au cabinet	13	25	17	9	64
Introduction d’un médicament pour l’alcool (baclofène, acamprosate, naltrexone, ...)	23	22	11	6	62
Présence d'une comorbidité psychiatrique (psychose, bipolarité, personnalité impulsive,...)	13	21	16	6	56
Problématique sociale associée	18	19	11	6	54
Période de « crise addictive aiguë »	13	11	15	8	47
Introduction d’un traitement substitutif aux opiacés (TSO)	19	8	2	10	39
Patient avec usage problématique d'un TSO	10	12	4	8	34
Patient chronophage	16	12	7	2	37
Patient sous mesures judiciaires	11	9	4	3	27
Patient jeune ou mineur	12	7	3	2	24
Femme enceinte	6	5	4	3	18
Totalité de la prise en charge addictologique	8	13	13	8	42

Figure 15: Pourcentage des généralistes favorables à l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque dans le nord de Paris (n = 121)



Parmi les généralistes favorables, 39,6% émettent des réserves. Celles-ci portent sur l'évaluation de l'efficacité de la salle de consommation à moindre risque (favoriser l'accès aux soins et réduire les risques), sur la formation des personnels amenées à y travailler et à leur nombre suffisant, mais aussi sur la nécessité de réfléchir à la localisation de la salle tant sur le quartier d'implantation, que sur l'hébergement dans une structure hospitalière. La principale crainte porte sur la sécurité.

Les généralistes opposés à la salle de consommation à moindre risque évoquent en premier lieu la problématique de la sécurité et du danger qu'elle ferait courir aux habitants et leurs enfants, mais aussi une critique plus globale de la substitution décrite comme un « non-soin ». La salle est vue par une partie de ces médecins comme une « caution » et un « soutien » à l'usage de drogue, une « participation aux trafics ». Certains d'entre eux expriment le fait que cela ne résout pas le problème de fond, tout en se disant impuissant à imaginer une solution.

Tableau 13 : Utilité d'un annuaire internet des structures d'addictologie dans la pratique des généralistes (sur le 9^{ème} exclusivement) (n = 30)

Jamais	Parfois	Souvent	Je ne sais pas
2 (6,66%)	9 (30%)	15 (50%)	4 (13,33%)

Tableau 14 : Crainte de retombées médico-légales dans la prise en charges des drogues illicites (sur le 9^{ème} exclusivement) (n = 29)

Jamais	Parfois	Souvent	Je ne sais pas
9 (31%)	5 (17,2%)	7 (24,1%)	8 (27,6%)

Tableau 15 : Crainte de retombées médico-légales dans la prise en charges des drogues légales (sur le 9^{ème} exclusivement) (n = 29)

Jamais	Parfois	Souvent	Je ne sais pas
10 (34,5%)	6 (20,7%)	6 (20,7%)	7 (24,1%)

Tableau 16 : En cas de période de crise addictive aigüe, adressage au Services des Urgences (sur le 9^{ème} exclusivement) (n = 28)

Jamais	Parfois	Souvent	Je ne sais pas
4 (14,3%)	12 (42,9%)	9 (32,1%)	3 (10,7%)

Sur le 9^{ème} arrondissement, deux généralistes sur trente-deux ont répondu être maître de stage à Paris Diderot (Paris VII).

B. Analyses univariés

Tableau 17 : Analyses univariés de l'épidémiologie de la réception des patients par les généralistes

	Âge (moy)	<i>p</i>	Genre		<i>p</i>
			Femme	Homme	
Usage problématique d'alcool					
Oui	52,8 ans	<u>0,0109</u>	45 (84,9%)	56 (74,7%)	0,191
Non	59,9 ans		8	19	
Usage de cannabis					
Oui	53,1 ans	0,429	23 (44,2%)	28 (37,3%)	0,436
Non	54,8 ans		29	47	
Usage de cocaïne					
Oui	52,6 ans	0,509	10 (19,2%)	10 (13,3%)	0,370
Non	54,4 ans		42	65	
Usage problématique d'anxiolytique					
Oui	52,9 ans	<u>0,0372</u>	42 (80,8%)	50 (66,7%)	0,0803
Non	58,3 ans		10	25	
Dépendants aux opiacés					
Oui	52,1 ans	0,122	25 (48,1%)	23 (31,1%)	0,0531
Non	55,4 ans		27	51	
Dépendants aux jeux					
Oui	55,8 ans	0,647	8 (15,4%)	12 (16,2%)	0,900
Non	53,6 ans		44	62	
Sevrage en alcool					
Oui	54,7 ans	0,536	27 (51,9%)	32 (43,2%)	0,336
Non	53,4 ans		25	42	
Sevrage en tabac					
Oui	52,6 ans	0,0636	37 (71,2%)	43 (60,6%)	0,224
Non	56,9 ans		15	28	
Prescription de TSO					
Oui	51,5 ans	0,0720	17 (32,1%)	21 (26,3%)	0,467
Non	55,5 ans		36	59	

Tableau 17-bis : Analyses univariés de l'épidémiologie de la réception des patients par les généralistes (suite)

	Lieu d'exercice		<i>p</i>	Adhésion réseau Paris-Nord		<i>p</i>
	individuel	collectif		Oui	Non	
Usage problématique d'alcool						
Oui	52 (78,8%)	48 (78,7%)	<i>0,989</i>	36	61	<i>0,0720</i>
Non	14	13		3	16	
Usage de cannabis						
Oui	24 (36,6%)	26 (43,3%)	<i>0,425</i>	19	31	<i>0,417</i>
Non	42	34		20	45	
Usage de cocaïne						
Oui	9 (13,6%)	10 (16,7%)	<i>0,635</i>	8	12	<i>0,527</i>
Non	57	50		31	64	
Usage problématique d'anxiolytique						
Oui	46 (69,7%)	45 (75%)	<i>0,507</i>	34	56	<i>0,0967</i>
Non	20	15		5	20	
Dépendants aux opiacés						
Oui	21 (32,3%)	26 (43,3%)	<i>0,204</i>	18	29	<i>0,346</i>
Non	44	34		20	47	
Dépendants aux jeux						
Oui	12 (18,5%)	8 (13,3%)	<i>0,435</i>	9	10	<i>0,185</i>
Non	53	52		30	65	
Sevrage en alcool						
Oui	29 (44,6%)	29 (48,3%)	<i>0,677</i>	23	35	<i>0,190</i>
Non	36	31		16	41	
Sevrage en tabac						
Oui	37 (59,7%)	42 (70%)	<i>0,233</i>	31	48	<u><i>0,0308</i></u>
Non	25	18		6	27	
Prescription de TSO						
Oui	13 (18,6%)	24 (38,7%)	<u><i>0,0175</i></u>	18	19	<u><i>0,0249</i></u>
Non	57	38		22	58	

Tableau 17-ter : Analyses univariés de l'épidémiologie de la réception des patients par les généralistes (suite)

	Arrondissement						<i>p</i>
	9 ^{ème}	10 ^{ème}	18 ^{ème} Ouest	18 ^{ème} Est	19 ^{ème} Nord-Ouest	19 ^{ème} Sud-Est	
Usage problématique d'alcool							
Oui	24	16	12	11	15	20	0,826
Non	7	3	5	4	2	5	
Usage de cannabis							
Oui	13	13	7	5	6	7	0,135
Non	16	6	11	10	11	18	
Usage de cocaïne							
Oui	4 (14%)	8 (42%)	2 (11%)	3 (20%)	0	3 (8%)	<u>0,0245</u>
Non	25	11	16	12	17	22	
Usage problématique d'anxiolytique							
Oui	21	15	13	10	13	16	0,909
Non	8	4	5	5	4	9	
Dépendants aux opiacés							
Oui	12	10	3	8	6	8	0,208
Non	17	9	15	7	10	17	
Dépendants aux jeux							
Oui	7	5	2	1	1	2	0,297
Non	22	14	16	14	15	23	
Sevrage en alcool							
Oui	15	9	6	5	10	11	0,579
Non	14	9	12	10	7	14	
Sevrage en tabac							
Oui	16	14	10	10	13	14	0,580
Non	12	4	7	5	4	10	
Prescription de TSO							
Oui	11	6	3	6	4	6	0,684
Non	22	14	15	9	13	20	

Tableau 18 : Analyse univariée de l'opinion favorable ou non des généralistes sur l'ouverture de la salle de consommation à moindre risque

	Favorable (dont réserves)	Non favorable	<i>p</i>	Sans opinion
Âge (moyenne)	51,2 ans	56,1 ans	<u>0,0292</u>	59,8 ans
Genre :				
femmes	29	16	0,597	4
hommes	32	22		18
Arrondissement :				
9 ^{ème}	15	8	0,998	6
10 ^{ème}	8	6		5
18 ^{ème} Ouest	9	5		2
18 ^{ème} Est	8	5		0
19 ^{ème} Nord-Ouest	8	5		3
19 ^{ème} Sud-Est	12	8		4
Conventionnement :				
Secteur 1 + Salarié	51	33	0,800	17
Secteur 2	9	5		5
Lieu d'exercice				
Individuel	25	27	<u>6,79x10⁻³</u>	11
Collectif	36	11		10
Adhésion à l'ancien réseau Paris-Nord :				
Oui	28	9	<u>0,0234</u>	3
Non	31	28		18
Prescription de TSO				
Oui	28	7	<u>8,92x10⁻³</u>	3
Non	33	31		19
Réception d'au moins un patient par mois dépendants aux opiacés				
Oui	28	14	0,266	6
Non	30	24		16

ENQUETE SUR LE RECOURS AUX CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE DE L'HOPITAL FERNAND WIDAL PAR LES GENERALISTES DU NORD-EST DE PARIS

RESUME

L'hôpital Fernand Widal (FW) accueille dans le nord de Paris des consultations d'addictologie et un secteur d'hospitalisation qui viennent en appui des généralistes (MG) et des structures de premier recours. Dans l'objectif d'améliorer la filière de soins, nous avons enquêté sur les motifs de recours à ces consultations et les attentes des MG du secteur.

Tous les MG libéraux et salariés des 9ème, 10ème, 18ème et 19ème arrondissements de Paris ont été contactés par téléphone et un questionnaire a été adressé à ceux qui l'acceptaient.

138 MG ont répondu (âge médian 57 ans, 38.4% de femmes, 54% en cabinet individuel). 81% d'entre eux connaissent les consultations d'addictologie de FW et 67% travaillent avec. S'ils assurent dans 50% des cas seuls la prise en charge du tabagisme, celle des troubles liés à l'alcool est plus souvent déléguée (94%). L'adressage est plus utilisé dans des situations particulières (programmer une hospitalisation, suite à un échec au cabinet, une problématique psycho-sociale) que pour des publics spécifiques (jeune, femme enceinte). Les principales critiques recueillies sont un manque de retours vers le MG et des délais trop long.

Les interactions entre les MG du secteur et FW sont donc multiples mais nécessitent des optimisations pour fluidifier les échanges dans les deux sens et consolider la filière de soins. Des pistes sont proposées : création d'une consultation d'accès rapide dédiée aux patients adressés par leur médecin traitant (pour discuter une hospitalisation, réaliser un sevrage ambulatoire ou donner un avis dans une situation de crise) et adressage par les médecins hospitaliers de patients sans médecin traitant vers les MG de la filière.

Mots-clefs : addiction / médecine générale / centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie / parcours de soins / réseau de santé / épidémiologie

SURVEY ABOUT THE USE OF ADDICTOLOGY CONSULTATIONS AT THE FERNAND WIDAL HOSPITAL BY GENERAL PRACTITIONERS IN NORTH-EAST PARIS

ABSTRACT

The Fernand Widal hospital (FW), in the north of Paris, hosts addictology consultations and a hospitalization unit which support general practitioners (GPs) and primary care structures. With the aim of improving the care chain, we investigated the reasons for use to these consultations and expectations of GPs of the territory.

Every liberal and salaried GPs of 9th, 10th, 18th and 19th districts of Paris were contacted by phone and a questionnaire was sent to those who accepted it.

138 GPs responded (median age 57 years, 38.4% women, 54% in individual office). 81% of them know addictology consultations of FW and 67% work with them. If they provide in 50% of cases alone the tobacco care, that of alcohol use disorders is more often delegated (94%). The addressing is more used in particular situations (schedule a hospitalization for 76,2%, following a failure in the medical office for 75,3%, psycho-social problems for 67,5% and 65,9%) than for specific groups (young for 28,9%, pregnant woman for 21,7%). The main criticisms are a lack of feedback to the GPs and delays too long.

The interactions between the GPs of the territory and FW are multiple but require optimizations to facilitate exchanges in both directions and consolidate the care chain. Course of action are proposed : creating a quick access consultation dedicated to receive patients referred by their attending doctor (to discuss hospitalization, realize ambulatory withdrawal or give advice in a crisis situation) and addressing by hospital doctors to patients without attending doctor to GPs of the care chain.

Key words : addiction / general practice / substance abuse treatment center / care pathway / health network / epidemiology / France

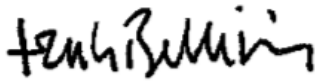
PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Frank BELLIVIER

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI



Date

28 IV 2016



Hôpital Fernand Widal
200, rue du Faubourg Saint Denis
75475 Paris Cedex 10
Pr Frank Bellivier
Consultation : 01 40 05 42 08
Secrétariat : 01 40 05 48 69
N° Identification de l'établissement
750100042

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI