

Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus

par les Drs Baudouin DENIS, Martine DEBOBBELEER, Amine BENABDERRAZIK, Déo-Gratias BIZIMUNGU, Virginie SCIERA*

* Médecins généralistes
6000 Charleroi

ABSTRACT



Background Rate of emergency rooms (ER) use by drug users (DU) is high and has been attributed to a lack of access to primary care, but was never evaluated in a GP practice setting. Clash between DU and SU staff are notorious but no study ever analysed that problem.

Methods In a case-control study conducted in out-patients in a GP group practice we selected all DU (n = 48) and a matched (age and sex) randomized sample of non-drug users (n = 96) and examined their files. Primary outcomes were rate of ER use, frequency of ER visits and rate of clash with SU staff. Secondary outcomes were difference in medical reasons of ER visit and descriptive analysis of clash.

Results ER use was twice likely higher in DU (OR = 2.11 [1.02-4.38], p = .04). Mean annual frequency of ER visits was thrice likely higher in DU (0.73 vs 0.24, p < .001). Medical reasons of ER visits were more severe in DU and trauma, psychiatric disorders and respiratory disorders were the most frequent reasons for DU. Risk of clash with SU staff was ten times higher in DU (OR = 9.97 [2.6-38.9], p < .001).

Conclusion Rate of ER use remain higher for DU than for other patients, despite same access to primary care. This higher rate is mainly attributed to their considerable comorbidity. Clash with SU staff are abnormally frequent in DU and more comprehensive approach of these patients by SU staff seems necessary to optimize management of their often severe medical problems.

Key Words: drug abuse, emergency medical services, primary health care.

Contrairement aux autres pays, les usagers de drogue chez nous sont suivis par des médecins généralistes en pratique privée et non dans des centres spécialisés. On peut émettre l'hypothèse que la gestion de ces patients au niveau des soins de première ligne diminue leur recours aux services d'urgence.

Plusieurs études ont montré que les usagers de drogue (UD) recourent plus fréquemment que les autres patients aux services d'urgences (SU) des hôpitaux.¹⁻⁷ Selon ces études, la principale raison de cette surconsommation est leur manque d'accès aux soins de première ligne. Les motifs principaux de recours aux SU par les UD identifiés dans la littérature sont les overdoses aux opiacés et les infections de la peau et des tissus mous liées aux injections.^{5,8} Une étude plus ancienne trouve comme motif principal de contact les affections respiratoires.⁶ Les études retrouvées dans la littérature ont été réalisées sur des populations d'UD non traités ou traités dans des centres spécialisés. La situation est différente dans notre pays où la majorité des UD traités par substitution le sont par des médecins généralistes en pratique privée¹⁰ et on peut émettre l'hypothèse que la gestion de ces patients au niveau des soins de première ligne diminue leur recours aux SU. À notre connaissance, aucune étude n'a encore été réalisée sur le recours aux SU chez des UD suivis dans ce cadre particulier.

Les UD ont une réputation de patients indésirables dans les SU¹¹, tout comme chez les autres acteurs de soins (médecins généralistes et spécialistes, services hospitaliers, pharmaciens) en raison d'une stigmatisation et de préjugés du côté des professionnels et en raison de comportements difficiles et d'absence de paiement du côté des usagers. « Ces gens-là, nous préférons les voir par les talons que par les pointes », selon l'expression de l'infirmière-chef d'un des SU de notre région. Ces préjugés ont évolué favorablement ces dix dernières années, pour différentes raisons : la culture médicale ambiante présente de plus en plus la toxicomanie comme une maladie et un problème de santé publique, plutôt que comme un vice ne relevant pas des soins de santé ; davantage de jeunes médecins sensibilisés au problème de la toxicomanie travaillent dans les SU ; les UD sont aussi devenus plus familiers dans le paysage hospitalier : la restauration de leur fertilité par les traitements substitutifs et

l'épidémie d'hépatite C chez les UD injecteurs font qu'on les voit actuellement dans les maternités, les services de néonatalogie et les services de médecine interne, et non plus seulement dans les services psychiatriques et les SU.

Néanmoins les UD continuent à avoir une perception négative des services d'urgence et sont toujours persuadés qu'ils y seront mal reçus. Et les médecins généralistes qui les suivent en ambulatoire, principalement dans le cadre de traitements de substitution, ont le sentiment que la collaboration avec les urgentistes continue à être pavée de négociations difficiles. Aucune étude, à notre connaissance, n'a documenté les conflits rencontrés aux SU par les UD.

OBJECTIFS

Pour avoir une représentation objective et actualisée de ces différents problèmes nous avons mené une étude sur les contacts avec les SU dans une population d'UD suivis en médecine générale en Belgique.

Les objectifs principaux sont de quantifier le recours des UD aux SU et la fréquence des conflits rencontrés lors de leur passage aux SU, en comparaison avec les autres patients. Les objectifs secondaires sont d'analyser les motifs de recours des UD aux SU et d'identifier les motifs de contacts soulevant davantage les conflits.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La population de l'étude est constituée de 144 patients : tous les UD (n = 48) suivis par les médecins généralistes d'une pratique de groupe en milieu urbain (Charleroi, Belgique) sur une période de 5 ans (01.07.2003 – 31.06.2008), et 96 patients non UD (groupe témoin) tirés au sort parmi la population suivie dans la même pratique de groupe à la date du 31.06.08 et présentant les mêmes caractéristiques démographiques : âge entre 25 et 50 ans,

proportion de moitié hommes, moitié femmes (randomisation par grappes). Le choix de deux témoins pour un cas est motivé par la recherche d'une puissance statistique suffisante.

Les données relatives aux visites aux SU ont été obtenues sur base des dossiers médicaux des 144 patients : nous avons collecté et analysé les **rapports adressés par les SU au médecin traitant**. L'envoi de ces rapports est systématique et a lieu pour chaque contact d'un patient avec un SU.

Le **recours des patients aux SU** a été quantifié de deux manières complémentaires. D'une part nous avons calculé la proportion de patients ayant eu au moins un contact avec les SU lors des 5 années étudiées. D'autre part le nombre de visites de chaque patient aux SU en 5 ans a été ajusté sur la durée de son suivi à la Maison Médicale sur la même période, permettant de calculer une fréquence annuelle moyenne de recours au SU.

Les **motifs de contact** ont été classés en 9 catégories regroupant 7 secteurs de pathologies (affections respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, traumatiques, psychiatriques, urologiques ou gynécologiques, autres) et intégrant les 2 principaux motifs de recours des UD aux SU retrouvés dans la littérature : problèmes directement liés à la consommation de substances et infections de la peau et des tissus mous.

Le **mode d'arrivée** des patients aux SU a été classé en 3 catégories : recours spontané, référence par le médecin traitant et admission via le SMUR.

Le **mode de sortie** des SU a été classé en 2 catégories : retour à domicile et hospitalisation.

Un **contact conflictuel avec le SU** a été défini par la présence d'un des trois critères suivants : fuite du patient, expulsion du SU, refus d'hospitalisation alors qu'elle s'imposait d'évidence ou qu'elle était explicitement demandée par le médecin traitant.

L'encodage et l'analyse statistique des données ont été effectués sur logiciel SPSS version 11 (Statistical Package for Social Sciences), en utilisant le test de *chi* carré pour les variables catégorielles et le test *t* de Student pour les variables continues⁽¹²⁾. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p = .05$ (test bilatéral).

RÉSULTATS

Les deux groupes de patients de l'étude ne présentent **pas de différences socio-démographiques significatives** (tableau 1).

Les UD ont une durée moyenne de suivi significativement inférieure à celle des autres patients (3,6 ans vs 4.4 ans, $p = .001$). Ils sont majoritairement non-injecteurs (62%), usagers d'héroïne (90%) et sous traitement substitutif (88%). Les cinq patients UD non héroïnomanes sont deux patients avec usage abusif et régulier de cocaïne, deux patients présentant une dépendance sévère au cannabis et un patient dépendant

de la codéine (40 comprimés par jour d'une association paracétamol-codéine). La quasi-totalité des UD en traitement substitutif sont sous méthadone, un seul patient étant sous buprénorphine. Les six patients en traitement non substitutif sont sous SSRI (quatre patients), β -bloquant et paracétamol (un patient) ou benzodiazépines (un patient).

Sur la période étudiée de cinq ans il y eut 95 visites aux SU (33 patients différents) dans le groupe UD et 98 visites (49 patients différents) dans le groupe témoin. L'analyse montre **une plus grande utilisation des SU par les UD que par les autres patients** (tableau 2), qu'il s'agisse de la proportion de patients ayant eu au moins une visite aux SU sur les cinq ans ($OR = 2.11$, $IC95\% [1.02-4.38]$, $p = .04$) ou de la fréquence annuelle de visites aux SU (0.73 vs 0.24 , $p < .001$). Nous avons relevé 20 contacts conflictuels (13 patients différents) dans le groupe UD, et 3 contacts conflictuels (3 patients différents) dans le groupe témoin. **Le risque d'avoir un contact conflictuel avec les SU est 10 fois plus important chez les UD que chez les autres patients** ($OR = 9.97$, $IC95\% [2.6-38.9]$, $p < .001$).

Les caractéristiques des visites aux SU diffèrent de façon statistiquement significative entre les UD et les autres patients (tableau 3).

Dans le groupe UD le taux de référence par le médecin traitant est 7 fois plus élevé (28% vs 4%), le taux d'admission via le SMUR est 3 fois plus élevé (6% vs 2%) et le risque d'hospitalisation est 2 fois plus élevé (43% vs 24%, $OR = 2.34$, $IC95\% [1.27-4.32]$, $p = .006$). Les traumatismes (plaies, contusions, fractures) sont le motif le plus fréquent de visites aux SU, qu'il s'agisse des UD ou des autres patients. Les problèmes psychiatriques (tentative de suicide, troubles dépressifs, psychotiques et anxieux) arrivent au 2^e rang chez les UD mais leur importance est similaire dans les 2 groupes. Les problèmes respiratoires (pneumonies, pneumothorax, pleurésies, crises d'asthme) arrivent au 3^e rang chez les UD et sont 4 fois plus fréquent chez les UD que chez les autres patients. Les visites motivées par des infections de la peau et des tissus mous (abcès, ulcères, phlébites superficielles) n'arrivent qu'au 5^e rang chez les UD mais sont 10 fois plus fréquentes chez eux que chez les autres patients. Les visites liées directement à la consommation de substances n'arrivent qu'au 6^e rang chez les UD (overdose de méthadone, demandes de sevrage d'alcool ou de méthadone) et sont un peu plus fréquentes que chez les autres patients (abus d'alcool, demandes de sevrage d'alcool ou de benzodiazépines). Les problèmes cardio-vasculaires sont un motif relativement rare de recours aux SU dans les deux groupes (rappelons qu'il s'agit de patients de moins de 50 ans) mais sont clairement plus sévères chez les UD (hémorragie cérébrale sur poussée hypertensive, infarctus myocardique, angor instable, embolie pulmonaire sur TVP ilio-fémorale, décompensation

RÉSUMÉ

Introduction La fréquence élevée de recours aux services d'urgence (SU) par les usagers de drogues (UD) est bien connue et généralement attribuée à un manque d'accès aux soins de santé primaires. Elle n'a jamais été étudiée dans une population d'UD suivis en médecine générale. Aucune étude publiée n'a analysé la fréquence et la nature des conflits rencontrés par les UD lors de leur recours aux SU.

Méthode Dans une étude cas-témoins nous avons examiné les dossiers des UD ($n = 48$) et d'un échantillon apparié (âge et sexe) des autres patients ($n = 96$) dans une pratique de groupe de médecine générale. Les objectifs primaires étaient la comparaison des taux de recours aux SU, des fréquences annuelles de visites aux SU et des taux de conflits rencontrés. Les objectifs secondaires étaient de comparer les motifs de recours aux SU et d'analyser les raisons de conflit.

Résultats Le risque de recours aux SU est 2 fois plus élevé chez les UD que chez les autres patients ($OR = 2.11$ [$1.02-4.38$], $p = .04$). La fréquence annuelle de visites aux SU est 3 fois plus grande chez les UD (0.73 vs 0.24 , $p < .001$). Les motifs de contact sont plus sévères chez les UD et concernent principalement les affections traumatiques, psychiatriques et respiratoires. Le risque de conflit lors des contacts avec les SU est 10 fois plus élevé chez les UD ($OR = 9.97$ [$2.6-38.9$], $p < .001$).

Conclusion Le recours aux SU reste plus important chez les UD que chez les autres patients malgré un accès identique aux soins de santé primaires. La raison principale en est leur importante comorbidité. Les contacts conflictuels des UD aux SU sont anormalement fréquents et il semble qu'une approche plus compréhensive des UD par les professionnels des SU soit nécessaire pour optimiser la prise en charge des problèmes de santé souvent sévères qu'ils présentent.

Mots clés : usage de drogues, service d'urgence, soins de santé primaires.

		UD (n = 48)	Contrôles (n = 96)	P
Sexe	Masculin	35 (73 %)	71 (74 %)	n.s.
	Féminin	13 (27 %)	25 (26 %)	
Âge au 31.06.08	Moyenne (DS)	38.3 ans (6.9)	38.6 ans (6.9)	n.s.
	Extrêmes	20.5 - 52.1 ans	26.1 - 50.4 ans	
Durée de suivi	Moyenne (DS)	3.6 ans (1.7)	4.4 ans (1.2)	.001
	Extrêmes	0.3 - 5 ans	0.3 - 5 ans	
Niveau Remboursement Soins	Normal	32 (67 %)	73 (76 %)	n.s.
	Majoré	16 (33 %)	23 (24 %)	
Statut d'invalidé	Oui	6 (12 %)	10 (10 %)	n.s.
	Non	42 (88 %)	86 (90 %)	
Mode Usage Drogue	Injection	18 (37.5 %)	-	
	Autre	30 (62.5 %)	-	
Drogue principale	Héroïne	43 (90 %)	-	
	Autre	5 (10 %)	-	
Type de suivi	Substitutif	42 (87.5 %)	-	
	Autre	6 (12.5 %)	-	

Tableau 1: caractéristiques de la Population de l'Étude

		UD (n = 48)	Contrôles (n = 96)	OR [IC 95 %]	P
Recours aux SU	Oui	33 (69 %)	49 (51 %)	2.11 [1.02-4.38]	.04
	Non	15 (31 %)	47 (49 %)		
Fréquence annuelle de recours SU	Moyenne	0.73	0.24		< .001
	IC 95 %	[0,37-1,09]	[0,16-0,32]		
	Extrêmes	0 - 6.67	0 - 2.14		
Conflit en cas de recours aux SU	Oui	13 (39 %)	3 (6 %)	9.97 [2.6-38.9]	< .001
	Non	20 (61 %)	46 (94 %)		

Tableau 2: fréquence de recours aux SU et fréquence des conflits

cardiaque sur endocardite) que chez les autres patients (malaises vagues, thoraco-brachialgies atypiques, péricardite, myocardite). Chez les patients non UD, les contacts pour motifs «divers» arrivent au 2^e rang et concernent tous des problèmes mineurs, souvent qualifiés de «fausses urgences» (viroses des voies respiratoires supérieures, lombosciatalgies, maux de dents et réactions allergiques cutanées). Ils sont 4 fois plus souvent un motif de recours aux SU que chez les UD, pour lesquels ils n'arrivent qu'en avant-dernier rang.

L'analyse descriptive des conflits rencontrés aux SU montre elle aussi de nettes différences entre les UD et les autres patients (tableau 4). Dans le groupe témoin les 3 conflits rencontrés ont tous eu lieu avec des patients s'étant présentés spontanément aux SU, tandis que chez

les UD il y avait conflit plus souvent (une fois sur trois) si le patient était référé par le médecin traitant ou admis via le SMUR que s'il se présentait spontanément (une fois sur six). Chez les patients non UD seuls les recours pour problèmes de consommation (alcool, benzodiazépines) ou pour problèmes psychiatriques ont donné lieu à des conflits, tandis que chez les UD les conflits affectaient la plupart des motifs de contact, tout en survenant plus fréquemment (une fois sur deux) quand il s'agissait de problèmes de consommation ou de problèmes psychiatriques. En cas de contact conflictuel avec les UD, il s'agissait le plus souvent de refus d'hospitalisation ou de renvoi injustifié à domicile et plus rarement de patients qui s'enfuyaient du SU ou en étaient expulsés.

		UD (95 visites)		Contrôles (98 visites)		P
		n	%	n	%	
Mode d'entrée	Spontané	62	65.3	92	93.9	< .001
	Médecin Traitant	27	28.4	4	4.1	
	SMUR	6	6.3	2	2.0	
Mode de sortie*	Hospitalisation	41	43.2	24	24.5	.006
	Retour à Domicile	54	56.8	74	75.5	
Motif de Contact	Traumatismes	26	27.4	36	36.7	< .001
	Problèmes Psychiatriques	14	14.7	13	13.3	
	Problèmes Respiratoires	12	12.6	3	3.1	
	Problèmes Uro-Gynécologiques	11	11.6	3	3.1	
	Infections Peau – Tissus mous	10	10.5	1	1.0	
	Problèmes liées aux produits	7	7.4	4	4.1	
	Problèmes Cardio-vasculaires	6	6.3	5	5.1	
	Problèmes divers	5	5.3	21	21.4	
	Problèmes Digestifs	4	4.2	12	12.2	
* OR = 2.34 IC95% [1.27-4.32]						

Tableau 3: caractéristiques des Visites aux Urgences

Tableau 4. Contacts conflictuels rencontrés aux SU

		Conflits UD (95 contacts)		Conflits Contrôles (98 contacts)	
		n	%	n	%
Mode d'entrée	Spontané	9/62	15%	3/92	3%
	Médecin Traitant	9/27	33%	0/4	-
	SMUR	2/6	33%	0/2	-
Motif de Contact	Traumatismes	2/26	8%	-/36	-
	Problèmes Psychiatriques	7/14	50%	2/13	15%
	Problèmes Respiratoires	3/12	25%	-/3	-
	Problèmes Uro-Gynécologiques	-/11	-	-/3	-
	Affections Peau -Tissus mous	3/10	30%	-/1	-
	Problèmes liées aux produits	4/7	57%	1/4	25%
	Problèmes Cardio-vasculaires	1/6	17%	-/5	-
	Problèmes divers	-/5	-	-/21	-
	Problèmes Digestifs	-/4	-	-/12	-
	Total	20/95	21%	3/98	3%
Type de conflit	Fuite du patient	3		1	
	Expulsion du SU	4		-	
	Refus d'hospitalisation	13		2	

DISCUSSION

LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude est de type cas témoins, avec les biais inhérent à cette méthode : collecte rétrospective des données, non prise en compte des patients perdus de vue.

Pour décrire le **niveau socio-économique** des patients nous ne disposons pas des indicateurs classiques (niveau d'étude, revenus, activité professionnelle) mais d'un **marqueur très approximatif** : la reconnaissance par les organismes assureurs d'un statut moins favorisé par l'octroi d'un remboursement majoré des soins de santé. Il est donc possible que notre étude n'ait pas été apte à mettre en évidence le niveau socio-économique inférieur classiquement décrit chez les UD. Nos résultats peuvent en être biaisés, dans la mesure où le niveau social des patients influence la fréquence de leur recours aux SU.

Les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population des UD : il s'agit d'UD suivis dans un cadre bien précis et probablement très différents des UD non traités (UD suivis dans les comptoirs d'échange de seringues par exemple) ou traités dans des institutions spécialisées (maisons d'accueil socio-sanitaire ou centres résidentiels) et des usagers d'autres drogues que l'héroïne (cocaïne par exemple) qui sont largement sous-représentés dans notre étude.

Une sous-estimation des conflits est possible dans la mesure où les SU n'envoient pas de rapport au médecin traitant quand le patient s'est enfui ou a été chassé avant d'avoir pu être interrogé et examiné par un médecin du SU. Une autre source plus importante de sous-estimation vient du fait que nous sommes limités à une définition objective des conflits, sans prendre en compte l'avis des patients et les interroger sur le vécu subjectif de leur passage au SU.

TAUX DE RECOURS AUX SU

Nos données montrent un risque 2 fois plus élevé (OR = 2.1) de recours aux SU chez les UD par rapport à la population générale, légèrement supérieur aux résultats des autres études (OR = 1.3 à 1.9).^{1,3,4} Dans notre étude la fréquence annuelle de visites aux SU est 3 fois plus importante chez les UD que chez les autres patients (0.73 vs 0.24), alors qu'elle n'était que 1.5 fois supérieure (0.79 vs 0.52) dans la seule étude ayant analysé cette variable.² Ces résultats nous ont surpris dans la mesure où les études précédentes portaient sur des populations générales d'UD, en grande partie non traités, alors que les UD de notre étude ont un suivi soutenu (1 à 2 fois par mois) dans un cadre de médecine générale globale, appréhendant l'ensemble de leurs problèmes de santé et pas seulement leur assuétude. Nous nous attendions donc à ce qu'ils règlent davantage

leurs problèmes de santé au niveau des soins de santé primaire et doivent moins recourir aux services d'urgences hospitaliers. Cette discordance est peut-être simplement due à une imprécision de nos résultats, liée à la petite taille de notre échantillon.

Quoiqu'il en soit, nos résultats contredisent l'explication généralement avancée selon laquelle les UD recourent davantage aux SU que les autres patients principalement parce qu'ils ont moins accès aux soins de première ligne. Les données de notre étude, tout comme le suggérait déjà l'étude de Kerr,⁵ plaident plutôt pour une explication basée sur l'importante comorbidité somatique et psychiatrique présentée par les UD et les problèmes de santé aigus et sévères qu'elle génère.

MOTIFS DE RECOURS AUX SU

Les principaux motifs de recours des UD aux SU sont dans notre étude les traumatismes, les problèmes psychiatriques et les problèmes respiratoires, alors que la littérature met aux premiers rangs les overdoses et les affections de la peau et des tissus mous liées aux injections.

Ceci n'est pas étonnant : les UD de notre étude sont pour la plupart en traitement substitutif, dont l'efficacité en terme de réduction d'overdoses et d'injections est bien établie. Nous les traitons également dans une perspective de réduction des risques, les formons aux procédures correctes d'injection et travaillons en collaboration avec un comptoir d'échange de seringues. Il n'empêche que la fréquence de recours aux SU pour infections de la peau et des tissus mous reste dans notre étude 10 fois supérieure à celle des autres patients et qu'il s'agissait souvent de problèmes sévères (abcès compliqué de septicémie, thrombophlébite ilio-fémorale septique, rhabdomyolyse et un patient avec des ulcères surinfectés étendus à 80% de la surface de ses jambes).

Les données de l'étude soulignent par ailleurs la fréquence importante et encore souvent méconnue des pneumonies chez les UD (8 cas chez 6 patients différents, dont une tuberculose, une pneumonie compliquée de septicémie et une autre compliquée d'empyème) ainsi que la fréquence des pneumothorax spontanés (3 cas chez 3 patients différents). Le taux 2 fois supérieur d'hospitalisation et le taux 4 fois inférieur de recours aux SU pour « fausses urgences » suggèrent eux aussi un recours aux SU pour des problèmes plus sévères que chez les autres patients.

CONFLITS

La fréquence des conflits vécus par les UD aux SU est impressionnante : 39% des UD ont eu au moins un conflit aux SU lors de cinq dernières années et 21% des visites d'UD aux SU ont été conflictuelles.

De façon surprenante, **ces conflits arrivent plus souvent quand le médecin traitant**

réfère le patient au SU, muni d'un document de liaison, que quand le patient s'y présente spontanément.

Parmi les 13 cas de renvoi à domicile injustifié aux yeux du médecin traitant, la moitié s'est soldée par une hospitalisation sur un autre site endéans les 24h, soit parce que le patient s'est présenté dans un autre SU où il a été accepté, soit parce que le médecin traitant a court-circuité le SU en demandant une consultation urgente chez un médecin spécialiste. Ce constat est d'autant plus perturbant que les UD sous traitement substitutif voient pour la plupart leur comportement et leur mode relationnel rapidement normalisés. Ils ne posent généralement aucun problème dans nos salles d'attente et nous les recevons avec les mêmes exigences et le même respect que pour les autres patients. Quand nous les interrogeons sur la raison de leur conflit au SU la réponse est généralement : «*Tout allait bien jusqu'au moment où on m'a demandé ce que je prenais comme médicaments, et quand j'ai dit que j'étais sous méthadone les choses se sont rapidement gâtées*».

Il semble donc que chez certains professionnels des SU l'étiquette de toxicomanie éclipsait partiellement le problème de santé pour lequel le patient se présente et altère la rigueur habituelle de leur approche clinique du patient. En conséquence il n'est pas rare que le médecin traitant s'abstienne de donner au patient une lettre de liaison pour le SU et lui conseille de se présenter spontanément et sans mentionner son traitement substitutif, ce qui n'est évidemment pas une pratique recommandable. Il arrive aussi que le médecin traitant soit amené à prendre des risques injustifiés en continuant à soigner le patient lui-même alors qu'il l'aurait hospitalisé d'emblée s'il n'était pas UD.

Il faut souligner que nous nous sommes bornés dans l'étude à une définition objective des conflits, sans prendre en compte l'avis des patients et leur vécu subjectif des contacts avec les SU qui mériteraient d'être analysés dans une étude qualitative complémentaire.

CONCLUSION

Chez les UD traités en première ligne des soins de santé la fréquence de recours aux SU reste élevée mais les motifs de recours aux SU sont modifiés : les contacts pour overdose, syndrome de sevrage et problèmes liés aux injections sont peu fréquents, tandis que les contacts pour traumatismes, problèmes psychiatriques et respiratoires sont prédominants. La fréquence élevée de recours aux SU chez les UD ne s'explique pas uniquement par leur manque d'accès aux soins primaires mais surtout par leur importante comorbidité. Les contacts conflictuels des UD aux SU sont anormalement fréquents. Il semble qu'une approche plus objective des UD par les professionnels des SU soit nécessaire pour optimiser la prise en charge des problèmes de santé souvent sévères qu'ils présentent et ceci mériterait d'être analysé dans une autre étude de type qualitatif. ■

BIBLIOGRAPHIE

- (1) McGeary KA, French MT. Illicit drug use and emergency room utilization. *Health Serv Res.* 2000; 35 (1 Pt 1): 153-69.
- (2) French MT, McGeary KA, Chitwood D, McCoy CB. Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care. *Soc Sci Med.* 2000; 50 (12): 1703-13.
- (3) Cherpitel CJ. Changes in substance use associated with emergency room and primary care services utilization in the US general population: 1995-2000. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2003; 29 (4): 789-802.
- (4) Cherpitel CJ, Ye Y. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 97 (3): 226-30.
- (5) Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T et al. High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *J Public Health.* 2005; 27 (1): 62-6.
- (6) Palepu A, Tyndall MW, Hector L, Muller J et al. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *CMAJ.* 2001; 165 (4): 415-20.
- (7) Pérez Gonzalez K, Domingo-Salvany A, Hartnoll R. The characteristics of opiate users seen in an emergency service. *Gac Sanit.* 1999; 13 (2): 88-95.
- (8) Espinoza P, Mathy F, Massari V, Nuss P et al. Drug users attending at hospital emergency rooms. Changes in sociodemographic features, health care, referral attitudes and impact of substitution therapy, between 1993 and 1998. *Ann Med Interne.* 2002; 153 (3 Suppl): 1S7-13.
- (9) Lloyd-Smith E, Kerr T, Hogg RS, Li K et al. Prevalence and correlates of abscesses among a cohort of injection drug users. *Harm Reduct J.* 2005; 2: 24.
- (10) Ledoux Y. *Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique.* Gent: Ed. Academia Press, 2005. 292 pages, pp 127-129.
- (11) Harris H, Young D. Care of injection drug users with soft tissue infections in San Francisco, California. *Arch Surg.* 2002; 137: 1217-22.
- (12) Aide mémoire pratique de statistiques appliquées à la médecine et à la biologie
http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/stat/stat_2.htm#6
- (13) Reynolds GL, Fisher DG, Wood MM, Klahn JA et al. Use of emergency room services by out-of-treatment drug users in Long Beach, California. *J Addict Dis.* 2003; 22 (2): 1-13.

Nous remercions chaleureusement Sophie Lacroix, Michel Roland et Jean-Pierre Jacques pour leur révision critique du manuscrit.