

la Lettre du respadd

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS



1

OCTOBRE 2009

_ SOMMAIRE

→ ADDICTOLOGIE

- XI^e rencontres du RHST-A : Pratiques addictives chez le sujet âgé : résumé des communications

→ INFOS COLLOQUES

- 3^e congrès de la société française de tabacologie : "Tabac et Santé"
- Drogue, alcool, tabac : les addictions au travail

→ TABACOLOGIE

- Méthadone et tabac

→ LA VIE DU RÉSEAU

- Le RHST-A change de nom et devient le RESPADD

→ ACTUALITÉS

- La MILDT ouvre un nouveau site portail
- Un rappel des dangers sur la consommation de GBL
- Drogue et travail : de la coca à la cocaïne - Colloque

→ LIRE UTILE

→ VOUS AVEZ LA PAROLE



→ NOUVEAU NOM, NOUVELLE DYNAMIQUE, NOUVEAUX ENJEUX

C'est avec un grand plaisir que j'écris ce premier éditorial de la lettre du Respadd. Vous l'aurez remarqué, le Réseau hôpital sans tabac - prévenir les pratiques addictives a laissé sa place au Respadd, le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions. Ce changement vous appartient puisqu'il a été voté lors de notre dernière assemblée générale du 26 mai 2009. Vous avez ainsi fait le choix de poursuivre une dynamique de prévention de l'ensemble des addictions et l'ensemble des administrateurs se joint à moi pour vous en remercier. Le compte rendu de l'A.G. et de l'A.G. extraordinaire du 26 mai 2009 sont disponibles sur le site de l'association : www.respadd.org.

Qui dit nouveau nom pour le Réseau, dit nouvelle lettre d'information : aussi, après 29 numéros de « Réseau infos »

vous recevrez dorénavant « la Lettre du Respadd ». Ce nouveau support se veut un lieu d'expression où vous pourrez partager et faire partager vos actions et expériences tout en restant un support d'informations adapté à vos pratiques.

Confirmant sa volonté de se rapprocher de ses adhérents, le Respadd organisera sa prochaine assemblée générale le 06 mai 2010 et ses rencontres annuelles le 07 mai, à Toulouse au centre hospitalier Gérard Marchant qui nous fait l'honneur de nous accueillir. Lors de l'assemblée générale auront notamment lieu l'élection du nouveau conseil d'administration.

Pour continuer dans ce rapprochement, une campagne de recrutement de délégués régionaux « correspondants » du Respadd va être lancée prochainement. Enfin, notre pôle formation vous

proposera dorénavant systématiquement d'ajuster vos demandes de formations à vos réalités locales, confirmant ainsi notre engagement de vous fournir des formations « sur-mesure ».

Le Réseau change de nom et il change également d'administrateurs : je souhaite la bienvenue à Gilles Frappier, Trésorier, Ingénieur en Chef au Centre Hospitalier de Niort, représentant la MNH et à Michel Thiriet, Vice-Président, Directeur du Centre Hospitalier Marchant à Toulouse, représentant les établissements adhérents ; merci à Michel Louis Joseph Dogue, Directeur du Centre Hospitalier Théophile Roussel à Montesson, pour son engagement en tant que Secrétaire Général et qui a souhaité cesser son mandat.

Dr Anne Borgne,
Présidente du Respadd



L'INTÉGRALITÉ DES ACTES DE LA CONFÉRENCE SONT DISPONIBLES SUR DEMANDE À : contact@respadd.org

LE 26 MAI 2009 LE RÉSEAU HÔPITAL SANS TABAC – PRÉVENIR LES PRATIQUES ADDICTIVES A ORGANISÉ SES 14^{èmes} RENCONTRES SUR LA THÉMATIQUE « PRATIQUES ADDICTIVES CHEZ LE SUJET ÂGÉ ».

Différentes interventions ont été présentées autour de la consommation problématique d'alcool, le tabagisme ou l'utilisation abusive de benzodiazépines chez la personne âgée.

Ces interventions, d'une richesse exceptionnelle, ont parfaitement illustré la diversité des pratiques et des modes d'interventions dans ce domaine, tant en terme d'offre de soins, de conséquence somatiques que de prévention. Nous vous en laissons l'appréciation à travers les résumés des communications que les intervenants nous ont gentiment fournis.

Enfin, nous vous rappelons que le RESPADD souhaite courant 2009-2010 inclure dans son domaine d'activité les établissements accueillant les personnes âgées en leur proposant notamment des services et formations dédiés.

Pour plus d'informations : contact@respadd.org

→ CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LE SUJET ÂGÉ : COMMENT PRÉVENIR LES RISQUES ?

Pr **ROMAIN MOIRAND** – UF ADDICTOLOGIE SMF / CHU DE RENNES HÔPITAL PONTCHAILLOU

Les risques de la consommation excessive d'alcool sont à la fois psychologiques, somatiques et sociaux. L'alcool a un effet biphasique.

En aigu, l'alcool a un effet anxiolytique, antidépresseur, hypnotique et euphorisant. En chronique, la consommation excessive d'alcool a des effets inverses, elle est anxiogène, c'est probablement l'une des substances déprimantes les plus puissantes qui soient. Elle a des effets néfastes sur le sommeil, avec des réveils précoces et des difficultés de rendormissement liés à la diminution rapide de l'alcoolémie. D'ailleurs, devant toute plainte psychique, dépressive ou anxieuse, chez n'importe quel sujet, il faut toujours se poser la question d'une consommation excessive d'alcool, ou de tout autre produit.



© Freddy Smeets - Fotolia.com

Quelles sont les particularités chez les personnes âgées ?

En ce qui concerne les conséquences somatiques : pertes d'équilibre, chutes, et leurs conséquences. Par ailleurs, l'alcool favorise l'apparition de pneumopathies et est le troisième déterminant de l'hypertension artérielle dite essentielle, après l'âge et le poids. Il augmente donc le risque d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques. L'alcool est également à l'origine de troubles digestifs et d'hémorragies digestives, en particulier avec les anti-inflammatoires. En consommation excessive, l'alcool entraîne de l'anorexie. Enfin l'alcool favorise l'accélération de l'altération de l'état général, les troubles de la marche et majore les interactions médicamenteuses. Le syndrome de sevrage à l'alcool est particulièrement grave

chez la personne âgée du fait de l'alitement prolongé qu'il va entraîner et de ses conséquences cognitives.

La consommation excessive d'alcool entraîne de façon certaine des troubles mnésiques et cognitifs. Elle est la troisième cause globale de démence et la première chez les personnes de 50-55 ans. En revanche, quelques études épidémiologiques montrent qu'une consommation légère à modérée d'alcool pourrait avoir des effets bénéfiques de ralentissement du déclin cognitif et de l'évolution vers la démence. Les données sont plus solides quant à l'effet positif d'une consommation régulière de une à deux unités standards de boisson alcoolisée (ce qui correspond à 10 à 20 cl de vin, 25 à 50 cl de bière à 5°, une à deux doses d'apéritifs) sur la mortalité cardio-vasculaire masculine, avec une réduction de l'ordre de 20 %.

Autre particularité chez les sujets âgés : les conséquences sociales. Il n'y a plus de problème professionnel, moins de problèmes judiciaires, mais il y a toujours les problèmes liés à l'ivresse : agressivité, violence envers les proches, isolement et repli sur soi.

Une fois les risques identifiés, il est intéressant de voir quelles sont les différentes conduites d'alcoolisation.

La plupart des personnes âgées ont ce que l'on appelle un usage sans risque. L'usage sans risque est défini comme une consommation de moins de quatre verres standard – correspondant en France à 10 grammes d'alcool – par occasion de boire, moins de 14 verres par semaine en moyenne, c'est-à-dire 2 verres par jour pour une femme, 21 verres par semaine en moyenne, c'est-à-dire 3 verres par jour pour un homme ; pas d'alcool dans certaines circonstances, et au moins un jour sans alcool par semaine. L'usage sans risque signifie que la personne a très peu de chance de rencontrer un jour des problèmes avec l'alcool.

A l'opposé de l'usage sans risque, il y a le mésusage d'alcool. Trois types de mésusage : l'usage à risque, l'usage nocif, et l'usage avec dépendance.

L'usage à risque est une définition statistique. Il s'agit d'une consommation d'alcool qui pourrait entraîner des problèmes mais qui n'en entraîne pas encore. Ce peut être soit parce qu'on augmente le risque de certaines maladies, comme la cirrhose, soit parce que conduire avec 0,5 gramme d'alcool dans le sang augmente le risque d'accident mortel par trois. Mais peut-être la conduite à risque va-t-elle s'éteindre sans n'avoir jamais entraîné de problème.



© Mor Andrij - Fotolia.com

Faut-il utiliser le même seuil à risque que pour la population normale ?

Les Américains recommandent de ne pas dépasser plus d'un verre standard, soit 10 grammes d'alcool par jour au-delà de 65 ans. Il y a du pour. Le fait que la personne âgée a moins de tolérance à l'alcoolisation aiguë, avec un pic d'alcoolémie plus important pour une même quantité d'alcool du fait d'une diminution de la masse maigre. Et il y a du contre, notamment l'effet protecteur de la consommation légère à modérée sur le déclin cognitif, cela pouvant jouer avec la convivialité. En France, nous restons sur les normes OMS pour les personnes âgées.

Avec l'usage nocif, le risque devient réalité. C'est une consommation chronique qui entraîne des dommages. Mais il n'y a pas de dépendance. Si les personnes ayant ce type d'usage sont aidées, même de façon légère, elles peuvent facilement revenir à une consommation sans risque.

En revanche, lorsque la dépendance s'installe, elle conduit à un état neurobiologique qui se traduit par la perte de contrôle de la consommation d'alcool. Elle est facile à reconnaître s'il y a une dépendance physique. La dépendance physique se définit par la tolérance, la nécessité d'augmenter les doses pour avoir un même effet, et le syndrome de sevrage, c'est-à-dire l'apparition de signes spécifiques quand l'alcool disparaît de l'organisme, souvent le matin (tremblements, sueurs, anxiété, vomissements). Cette dépendance physique est tout à fait inconstante. Elle ne concerne qu'environ un tiers des patients alcoolo-dépendants. Pour les autres, elle est simplement psychologique, c'est une perte de contrôle de leur consommation, avec un problème de centration, c'est-à-dire que toute leur vie va tourner autour du produit. Et c'est souvent associé à un état de manque, que l'on appelle l'enivie ou le besoin, qui peut être permanent ou intermittent.

Par ailleurs, quand débute cette addiction ?

Un tiers des personnes âgées vont débiter leur problème d'alcool après 65 ans. C'est un alcoolisme à début tardif. Si on arrive à leur faire prendre conscience du problème et à les sevrer, elles s'en sortent assez facilement. Les autres cas concernent des rechutes après une longue phase de maîtrise ou d'abstinence d'un problème d'alcool plus ancien. Enfin, certaines personnes ont une alcoolo-dépendance existante depuis des décennies, qui perdure voire s'accroît avec l'âge.

Comment agir ?

Le but des prises en charge est de revenir au contrôle de la consommation d'alcool, c'est-à-dire en dessous des seuils à risque si les gens ont un usage à risque ou nocif, ou à l'abstinence, nécessaire si les patients sont dépendants.

L'objectif essentiel des prises en charge est le bien-être. L'alcool consommé de façon excessive entraîne un mal-être, réduit la qualité de vie.

Des interventions thérapeutiques brèves qui se font dans un temps limité – un quart

d'heure – peuvent être réalisées par tout professionnel de santé. Elles se font en deux temps essentiels : le repérage et l'information. Un grand nombre d'études sur les interventions thérapeutiques brèves ont démontré leur efficacité, et notamment sur des personnes de plus de 65 ans. Le repérage précoce doit être fait le plus systématiquement possible, comme par exemple lors de l'admission dans une institution. Mais également devant des signes non spécifiques, comme l'hypertension, des plaintes psychiques, l'altération de l'état général, des troubles digestifs.



© Gue Stock - Fotolia.com

Comment réaliser un dépistage précoce ?

Par un questionnaire – DETA, AUDIT, FACE – et par l'appréciation de la consommation déclarée d'alcool. Le plus important est de passer le questionnaire en montrant à la personne que l'on essaie de la comprendre avec sympathie, sans la juger, et sans se confronter avec elle.

L'intervention brève proprement dite consiste à expliquer ce qu'est la consommation à risque, ce qu'est la consommation excessive, ce qu'est un verre standard, les seuils à risque et les risques encourus. Et à proposer une réduction de la consommation quantifiée,

_ LIRE UTILE

LES ADDICTIONS CHEZ LE SUJET ÂGÉ

de LYDIA FERNANDEZ

Présentation de l'éditeur

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'addiction n'a pas de limite d'âge. Et les sujets âgés sont eux aussi exposés aux dépendances : alcoolisme, tabagisme, consommation de médicaments psychotropes touchent de plus en plus souvent cette population. Mais il existe aussi d'autres addictions plus rarement évoquées : les psycho-stimulants (café, thé, chocolat) ou encore le jeu, la télévision.

Comment aider les sujets âgés à se dépendre de ces dépendances souvent dangereuses, qui peuvent conduire à un isolement et un enfermement accru ? De nombreuses questions cliniques et thérapeutiques restent encore mal comprises concernant les sujets addictés âgés, alors même qu'une fois admis en traitement, ils obtiennent des résultats équivalents, voire supérieurs à ceux des adultes plus jeunes. C'est pourquoi l'objectif de cet ouvrage est de faire le point sur les connaissances actuelles concernant les addictions du sujet âgé afin de mieux les comprendre pour mieux les traiter. Il propose donc : d'offrir un panorama exhaustif de la diversité des addictions chez le sujet âgé; de prendre en compte la psychopathologie et la clinique des addictions du sujet âgé ; d'illustrer la présentation des différents types d'addiction du sujet âgé par des cas cliniques. Les auteurs ont ainsi mis en commun leurs compétences théoriques, pratiques et cliniques dans le domaine des addictions du sujet âgé pour permettre de mieux comprendre, de mieux prendre en charge et de mieux vaincre ces dépendances, bien souvent autodestructrices. Ce livre novateur ouvre de nouvelles voies de réflexion dans un domaine amené à se développer à l'heure du vieillissement de la population.

ainsi qu'un suivi, tous les trois mois par exemple, pour voir si la réduction se maintient. Remettre un document est essentiel dans ces interventions thérapeutiques brèves.

En cas de dépendance, la prise en charge est totalement différente et beaucoup plus complexe. Elle s'articule entre d'une part l'ambulatoire où les deux acteurs clés sont les médecins généralistes et les centres ambulatoires ou CSAPA. D'autre part, l'hospitalier. Les personnes vont donc alterner entre suivi ambulatoire et parfois une hospitalisation pour un sevrage, pour une cure, une post-cure. C'est le rôle des réseaux d'articuler l'ambulatoire et l'hospitalier.

Quelles sont les particularités chez les personnes âgées ?

En ce qui concerne le sevrage, l'utilisation de benzodiazépines doit être réalisée avec une certaine prudence. Les sevrages hospitaliers seront donc préférés aux sevrages en ambulatoire. En ce qui concerne l'accompagnement après le sevrage, les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux groupes de pairs sachant que les associations d'anciens buveurs comptent un grand nombre de personnes de plus de 65 ans.

Quelques remarques sur l'alcool dans les établissements pour personnes âgées.

La consommation d'alcool y est non réglementée. Quelques enquêtes semblent montrer qu'elle a tendance à diminuer

avec la médicalisation de l'établissement. On peut se poser la question de savoir si elle est toujours en phase avec les recommandations, car si l'on regarde la quantité totale distribuée par rapport au nombre de personnes âgées, en tenant compte du fait qu'un certain nombre d'entre elles ne consomment plus du tout d'alcool, on constate que certains pensionnaires dépassent les recommandations.

Il existe une relation entre le mésusage d'alcool et l'entrée en institution. Parfois, il débute après l'entrée en institution, mais le plus souvent, c'est le problème d'alcool qui entraîne l'institutionnalisation : la personne n'est plus autonome du fait des troubles cognitifs liés à sa consommation d'alcool, des troubles de la marche, de l'altération de son état général.

En conclusion, il faut connaître la personne et savoir où elle en est par rapport à sa consommation d'alcool dès son admission. Savoir différencier un mésusage ancien et un mésusage récent. Se rappeler que l'abus n'est pas un plaisir mais, au contraire, qu'il entraîne du déplaisir, aggrave la dépression et la perte d'autonomie. Trop souvent l'attitude sera « ils sont vieux, pourquoi leur retirer ce dernier plaisir », or ceci ne correspond pas à la réalité. Il faut savoir aborder le problème, savoir reconnaître quand l'usage devient nocif ou à risque, et ne pas faire de fatalisme car en addictologie, nous prenons en charge des personnes âgées, voire très âgées. L'objectif n'est pas l'arrêt de l'alcool, mais que ces personnes aillent mieux. ■

LIRE UTILE

DROGUES ILLICITES RÉDUCTION DES RISQUES

Un guide pour réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Réalisé par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et le Crips Île-de-France. Ce document à destination des professionnels en contact avec les usagers de drogues par voie intraveineuse fournit des informations essentielles sur les risques des pratiques d'injection, les risques infectieux, le dispositif de prévention et de prise en charge, et apporte des conseils pratiques pour prévenir et réduire les risques liés à l'injection. Diffusion en nombre auprès de l'Inpes.

Télécharger le manuel (pdf, 74 pages) sur le site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1236>

→ ALCOOL, TABAC, PSYCHOTROPES : ÉTAT DES LIEUX DES CONSOMMATEURS CHEZ LES SENIORS À PARTIR DES DONNÉES DU BAROMÈTRE SANTÉ 2005

OLIVIER LE NÉZET – STATITICIEN
OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

La consommation d'alcool dans l'année écoulée diminue avec l'âge mais il existe une intensification des usages. Ainsi, la part des usagers quotidiens augmente de façon croissante avec l'âge, passant de 19 % parmi les 45-59 ans, à 37 % parmi les 60-75 ans. La moitié des seniors se déclarent consommateurs réguliers d'alcool, à savoir au moins dix consommations dans le mois.

Si la consommation augmente, le risque de dépendance stagne selon l'âge. Même chose pour les ivresses, qui diminuent, voire disparaissent.

En ce qui concerne le tabac, la tendance est inverse avec une diminution assez nette de la consommation. L'usage quotidien, de presque 50 % à l'âge de 20 ans, passe à 23 % entre 40 et 59 ans, et 8 % pour les 60-75 ans. Les usagers actuels, occasionnels ou quotidiens ne représentent que 9 % de l'échantillon des seniors.

S'agissant de l'usage de produits illicites, les courbes montrent une diminution, voire une

disparition de leur consommation avec l'âge. 0,3 % des 60-64 ans ont consommé du cannabis dans l'année.

Entre 40 et 75 ans, entre 20 et 25 % des personnes ont consommé au moins une fois dans l'année un médicament psychotrope. S'agissant des antidépresseurs, nous constatons une très légère diminution de leur consommation dans l'année, passant de 10 % entre 45 et 59 ans à 8 % entre 60 et 75 ans.

Les consommations d'alcool et de tabac s'avèrent nettement masculine, avec deux fois plus de consommateurs de tabac et

d'alcool. En revanche, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes, d'autant plus qu'elles vivent seules.

Pour résumer, l'usage d'alcool est plus fréquent parmi les seniors. En revanche, la dépendance semble être la même que pour les autres adultes. L'usage de médicaments psychotropes est constant entre 30 et 75 ans. Il n'y a pas de consommation de substances illicites. L'usage de tabac s'avère plus masculin parmi les seniors que dans les autres générations. La vie seule favorise la consommation de médicaments psychotropes, mais pas de l'alcool. ■

→ PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET ÂGÉ : RISQUE DE IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE, DÉPENDANCE ?

Dr CORINNE BRUHAT – GÉRIATRE / SERVICE DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE DU CHU D'ANGERS

La consommation de psychotropes en France est environ le double de la moyenne européenne, avec une exposition importante des sujets âgés : environ un sujet âgé sur deux fait usage de psychotropes en France et deux millions d'entre eux en consomment de façon prolongée.

Pour rappel, les psychotropes sont des substances chimiques naturelles ou de synthèse, susceptibles de modifier l'activité mentale, sans présager du type d'action. Ces psychotropes, principalement benzodiazépines et apparentés, sont une source de iatrogénie importante, à l'origine de chutes, de confusion, de maladies et de sédation excessive. La iatrogénie se définit comme toute réponse néfaste non recherchée à un médicament qui est administré chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement. Les intoxications médicamenteuses volontaires et accidentelles ainsi que les toxicomanies sont exclues de cette définition. Le corollaire de cette iatrogénie est la survenue d'un effet indésirable médicamenteux. Le plus souvent des erreurs thérapeutiques sont identifiées : non respect de l'indication, de la contre-indication, surdosage de la posologie (fréquent chez le sujet âgé, du fait de traitements trop prolongés avec des risques de syndrome de sevrage à l'arrêt), ou automédication. La difficulté rencontrée chez le sujet âgé est de savoir s'il s'agit vraiment d'un effet indésirable médicamenteux ou s'il s'agit de la décompensation d'une co-morbidité.

La iatrogénie est à différencier de la dépendance que l'on confond très souvent avec l'addiction. La dépendance est un état physiologique de neuro-adaptation, engendré par l'administration d'une drogue, nécessitant d'en maintenir l'usage afin d'éviter la survenue de tout syndrome de sevrage. C'est différent de l'addiction, dans laquelle il y a un comportement toxicoma-



© Digital Stock

niaque, avec des conduites compulsives. Le sevrage est la réaction physique et psychique qui apparaît en cas d'arrêt brutal de la drogue ayant induit la dépendance.

S'agissant de la pharmacologie du sujet âgé, la pharmacocinétique et la pharmacodynamie sont modifiées avec le vieillissement. La pharmacocinétique est le devenir du médicament dans l'organisme. La pharmacodynamie étant ce que le médicament va faire à l'organisme. L'absorption et la distribution du médicament sont par contre assez peu perturbées au cours du vieillissement. L'élimination, surtout rénale, est ralentie. Le système nerveux du sujet âgé est particulièrement sensible aux médicaments, notamment du fait de modifications de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique.

Les mécanismes homéostatiques vont être altérés chez le sujet âgé, ce qui va favoriser la survenue et la gravité des effets indésirables médicamenteux, de troubles de l'équilibre à l'origine de chutes et la diminution de la régulation hydrique par la soif. La régulation de la sensibilité des récepteurs à la pression artérielle va éga-

lement être altérée, avec des risques d'hypotension orthostatique plus élevée et donc de malaises et de chutes. A noter également la sensibilité augmentée à l'action des psychotropes et aux anticholinergiques. On retrouve ces derniers dans de nombreuses classes thérapeutiques bien qu'ils soient mal connus. C'est le cas des antispasmodiques urinaires ou de nombreux neuroleptiques. Dans le cas de sujets âgés déments, utiliser ces molécules risque d'aggraver les fonctions cognitives.

Quelques références de la littérature mettent en évidence la survenue d'un déclin cognitif avec l'utilisation de psychotropes. On retrouve cet effet en utilisant de fortes doses de benzodiazépines, d'antidépresseurs, d'antipsychotiques. Le syndrome de sevrage avec les benzodiazépines est également fréquent chez le sujet âgé. Il n'est pas forcément diagnostiqué quand les sujets sont hospitalisés et traités par benzodiazépines depuis longtemps. Il y a une tendance à diminuer, voire à arrêter ces traitements, et certains syndromes de sevrage sont sous-diagnostiqués à l'entrée en hospitalisation. ■

_ LIRE UTILE

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES APRÈS 60 ANS
TENDANCES N° 67
OFDT, 4 p.
Septembre 2009

L'OFDT participe depuis 2000 au Baromètre santé de l'Inpes. Cette enquête téléphonique nationale et représentative menée tous les 5 ans documente l'état de santé de l'ensemble de la population métropolitaine de 12 à 75 ans ainsi que ses usages de produits psycho-actifs. Ceux-ci restent principalement le fait des plus jeunes générations, mais les consommations d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes s'avèrent également très répandues au sein de la population la plus âgée.

La littérature francophone portant sur ces consommations de produits psycho-actifs est assez peu abondante. Pourtant, alors que le dernier recensement a dénombré plus de 12 millions de personnes âgées d'au moins 60 ans et plus de 8 millions de 60-75 ans, l'impact de la consommation de produits psycho-actifs pourrait se révéler plus important dans cette population dont l'espérance de vie est plus longue mais qui dans le même temps est et se juge en plus mauvaise santé que les générations précédentes.

Cette analyse souhaite combler en partie cette lacune en présentant les résultats d'une étude spécifiquement centrée sur les seniors à partir des données du Baromètre Santé 2005. Après une description des usages au sein de cette tranche d'âge, l'analyse s'attardera sur quelques facteurs associés et tentera notamment d'appréhender les différences éventuelles occasionnées par la cessation de l'activité professionnelle lors du passage à la retraite.

Auteurs :

- _ Olivier Le Nézet,
- _ Stanislas Spilka,
- _ Cécile Laffiteau,
- _ Stéphane Legleye,
- _ François Beck.

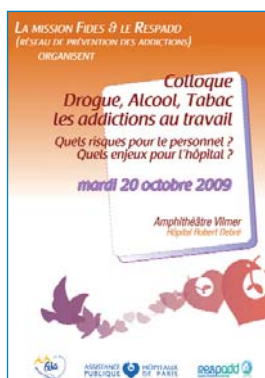


3^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TABACOLOGIE

La Société française de tabacologie organise son troisième congrès annuel les 26 et 27 novembre 2009 à Brest sous la thématique « Tabac et Santé ».

Le Respadd sera présent lors de cette manifestation et y tiendra notamment un stand.

Pour plus d'informations : www.sft2009.com



DROGUE, ALCOOL, TABAC LES ADDICTIONS AU TRAVAIL

Le RESPADD avec la mission FIDES de l'AP-HP organisent le 20 octobre 2009 à Paris une journée d'information et d'échanges sur la prévention des addictions pour les personnels des hôpitaux.

Cette rencontre a pour objectif de réunir l'ensemble des professionnels (directeurs d'hôpitaux, groupes locaux, DRH, directeurs de soins, assistants sociaux du personnel, médecins du travail et médecins statutaires, représentants du personnel CHSCT central) concernés par la thématique des addictions en milieu professionnel.

Pour plus d'informations : contact@respadd.org

→ IMPACT DES NOUVELLES RÉGLEMENTATIONS CONCERNANT LE TABAGISME EN EHPAD

FRANCINE AMALBERTI – DIRECTRICE EHPAD COUSIN DE MÉRICOURT
CENTRE D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DE PARIS

Le décret du 15 novembre 2006, entré en vigueur le 1er février 2007, fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Les locaux concernés sont les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail. Sont exclus de ce dispositif les espaces privés, c'est-à-dire dans les EHPAD les chambres des résidents.

La personne âgée accueillie se voit remettre à son arrivée un courrier type rappelant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans l'établissement. De plus, une vigilance accrue s'impose au quotidien pour les personnels

afin de contrôler en continu que le résident ne fume pas dans son lit. Notamment via un renforcement de la surveillance des résidents fumeurs la nuit où les risques d'incendie sont accrus.

Une étude de satisfaction relative à l'arrêt du tabac suite à l'application de la loi a été réalisée au sein de la résidence santé Cousin de Méricourt auprès de personnes âgées fumeuses et non fumeuses. Sur les 53 résidents consultés, 8 sur 10 ont remarqué qu'il était interdit de fumer dans les espaces collectifs et 3 sur 4 ont noté une amélioration sur les odeurs ambiantes. Deux tiers d'entre eux ont noté une amélioration sur la propreté de

l'établissement et 3 sur 5 constatent qu'ils respirent mieux. Néanmoins, près de 3 fumeurs sur 5 estiment que l'application de la nouvelle réglementation leur a causé des désagréments. Ils sont notamment gênés par le fait de devoir fumer à l'extérieur. Près de 43 % ressentent un isolement par rapport aux autres : le fait de se retrouver dans les lieux collectifs de la structure pour fumer avec les autres était un moyen facilitateur d'intégration. Enfin, 57 % considèrent que la nouvelle réglementation les a conduits à limiter leur consommation de tabac. ■

→ PLACE DE L'ALCOOL ET DU TABAC EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Dr PHILIPPE DENORMANDIE – DIRECTEUR MÉDICAL, GROUPE KORIAN

Le sujet des personnes âgées est vaste car entre les personnes âgées de 70 ans, totalement autonomes qui ont encore plein de projets, et celles accueillies en EHPAD, plus âgées, nous ne sommes pas sur les mêmes problématiques. C'est une des situations où se posent le plus de questions éthiques quant à la position des soignants dans l'accompagnement.

Le sujet éthique principal concerne la définition du projet individuel pour les personnes âgées, et en particulier les personnes très âgées : jusqu'où doivent aller les politiques actives en matière de prévention chez des personnes où le seul enjeu est un risque individuel tant que le risque collectif n'est pas mis en cause ? Le propos est d'identifier à quel moment

il y a une différence entre une addiction pouvant provoquer un risque collectif – comme le tabac et le feu ou l'alcool et les troubles du comportement – et une addiction amenant un risque individuel. Faut-il dire à une personne de 80 ans qu'elle va gagner quelques années de vie si elle arrête de boire un peu de vin ou si elle diminue sa consommation de cigarettes ? Cela va à l'encontre de la notion de projet individuel.

S'agissant du tabac, il s'agit d'intégrer cette question dans des logiques contractuelles avec l'environnement. Il faut une réflexion collective sur la maîtrise du risque de l'addiction au tabac. Pour l'alcool, il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'aspect convivial de la carafe de vin notamment pour la génération des seniors.

Le problème de l'alcool concerne plutôt les personnes âgées présentant des troubles du comportement majeurs suite à des imprégnations éthyliques ayant entraîné des lésions cérébrales, ou chez ceux qui étaient dans une logique d'abstinence et qui se retrouvent dans un environnement collectif où il est naturel de consommer du vin à table ce qui peut provoquer des rechutes.

La réflexion sur les pratiques addictives des personnes âgées est donc particulièrement intéressante car elle prend à rebours d'autres réflexions sur l'addiction en général. ■

→ MÉTHADONE ET TABAC

Dr B. BADIN DE MONTJOYE – PSYCHIATRE / GROUPE HOSPITALIER COCHIN / SAINT VINCENT DE PAUL, 75014 PARIS

Dr A. AYOT – TABACOLOGUE / GROUPE HOSPITALIER COCHIN / SAINT VINCENT DE PAUL, 75014 PARIS

Nous savions déjà que la consommation importante de tabac, inducteur enzymatique du Cytochrome P450, nécessite parfois une augmentation de la posologie de méthadone – agoniste complet des récepteurs opioïdes mu. Mais devant l'importance du nombre de nos patients fumeurs dans notre centre méthadone, nous nous sommes interrogés sur les propositions à faire à nos patients tabaco-dépendants, bénéficiant d'un traitement par méthadone.

Dans un premier temps, nous avons situé cette réflexion dans le cadre de la réduction des risques qui rappelons-le s'inscrit dans une politique pragmatique, débutée en 1987. Elle a intégré – entre autres – la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. Elle a proposé de limiter les risques sanitaires et sociaux inhérents à la consommation d'un produit. Elle a contribué également à favoriser la mise en place d'un processus de soins en maintenant et restaurant si nécessaire un lien social.

Certains patients, sous méthadone se sont déjà mobilisés psychologiquement sur leurs dépendances en travaillant plus spécifiquement sur leur addiction ancienne aux opiacés. Ils veulent retrouver une liberté psychique ancienne et connaître un certain bien-être sans être dépendant d'un produit. Ces patients se saisissent alors assez vite de la proposition d'une consultation de tabacologie. Ils demandent parfois un suivi très régulier au tabacologue, à l'image du suivi proposé dans les centres méthadone. Ils souhaitent être soutenus pour l'arrêt du produit mais aussi bénéficier d'une aide pour tenir dans l'abstinence.

Pour d'autres patients, il faut encore du temps pour renforcer le désir d'abstinence et la motivation à l'arrêt. Aussi en amont de la proposition d'arrêt du tabac il peut être intéressant d'aborder dans un premier temps la problématique du tabagisme passif afin de limiter un des risques du tabac. Chez les patients ayant de jeunes enfants ou pour ceux

vivant avec des non-fumeurs, ils peuvent être incités à repérer les lieux où ils fument et avec qui ils y sont présents.

Par ailleurs avec les nouvelles réglementations, il peut être intéressant que chacun s'interroge sur les endroits où désormais il est exposé au tabagisme de l'autre.

Pour ceux chez qui émerge un désir de traiter leur tabagisme et qui demandent de débiter un processus de soins pour s'arrêter de fumer, il peut être intéressant de les renseigner sur les consultations où l'on peut bénéficier de soins gradués.

En effet dans les centres méthadone, des patients précaires, parfois en marge du système sanitaire peuvent être suivis. Il peut être important de rappeler que la proposition d'arrêt du tabac et les soins qui en découlent leur est également accessible.

La crainte de certains de prendre du poids à l'arrêt du tabac peut avoir une résonance forte pour ceux ayant stoppé outre leur consommation d'opiacés, celle de cocaïne et ayant pris du poids à l'arrêt de ce produit. Dans ce cas, des conseils diététiques sont nécessaires et peuvent prendre d'autant plus d'intérêt.

Certes les opiacés et le tabac sont des produits extrêmement différents, comme leurs traitements de substitution.

La méthadone est un stupéfiant, dont la prise peut être létale à 1mg/kg pour des consommateurs naïfs ou peu dépendants aux opiacés.

30 000 patients en 2008 ont bénéficié de ce traitement.

Les substituts nicotiques sont en vente libre en pharma-

cie depuis décembre 1999 et 1,6 million de personnes en a utilisés en 2007.

Cependant, au-delà des spécificités propres aux produits et à leur traitement, il peut être intéressant d'identifier les caractéristiques du cadre d'un traitement à la méthadone pouvant être opérantes pour celui d'un traitement pour une dépendance au tabac.

Comme la durée de prescription de la méthadone ne peut excéder 14 jours les prescripteurs voient très régulièrement leurs patients.

Des petits signes comme des bâillements fréquents le matin, un nez qui coule, des yeux qui larmoient, des troubles du transit intestinal... ou des symptômes à type de thymie sur le versant dépressif, émotivité, troubles du sommeil, asthénie invalidante... peuvent inciter à modifier la posologie pour optimiser la substitution.

Or, nous savons que les substituts nicotiques sont parfois utilisés à des posologies inférieures aux besoins réels du patient. Cela conduit souvent à la poursuite du tabagisme.

Ainsi, dans le cas où la substitution est primordiale, des consultations rapprochées à l'écoute des symptômes du patient peuvent prendre sens et peuvent permettre une réappropriation d'un corps qui a parfois été malmené antérieurement.

En outre lorsque la posologie de substitution est difficile à obtenir on réalise une méthadonémie au pic et une méthadonémie résiduelle.

Ne serait-il pas intéressant dans ces mêmes cas de difficulté d'adaptation de posologie

de doser la cotinine urinaire ou salivaire ?

Ce dosage permet de mieux suivre le traitement, de confirmer le maintien d'un sevrage et aussi si nécessaire de surveiller l'exposition des non-fumeurs.

Enfin nous savons bien que les traitements de substitution ne sont qu'une aide au sevrage et au maintien de l'abstinence.

La mise en route d'un traitement par la méthadone amène le patient à une écoute de son corps, anesthésié après tant d'années de « défonce », une prise en compte de son environnement et un travail psychique axé sur lui et sur son entourage.

Certes l'arrêt de la dépendance au tabac mobilise peut-être moins fondamentalement le rapport du patient avec son corps et avec sa vie psychique. Toutefois il est possible d'envisager que la prise en compte d'une dépendance ébranle le patient dans son psyché.

Des consultations rapprochées au début peuvent soutenir le patient dans ce travail psychique dont l'arrêt du tabac est l'événement déclenchant même si dans un deuxième temps le patient peut-être orienté vers un suivi spécialisé s'il le désire.

Réfléchir à nos pratiques cliniques nécessite une plasticité intellectuelle pour les adapter à chacun de nos patients. Cela rend notre travail plus passionnant et plus enthousiasmant. Ayons la faiblesse de croire que cet enthousiasme contribue lui aussi à renforcer le désir et le maintien d'abstinence chez les patients ! ■



→ Suite à l'Assemblée Générale du 26 mai dernier, le réseau *hôpital sans tabac* – prévenir les pratiques addictives change de nom et devient le **Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions : RESPADD**.

Dr ANNE BORGNE – PRÉSIDENTE

En effet, pour préciser son champ d'action, le réseau *hôpital sans tabac* – prévenir les pratiques addictives avait besoin de renouveler ses codes graphiques et son nom. Aujourd'hui grâce au RESPADD notre réseau n'est plus simplement associé à la lutte contre le tabac mais bel et bien à l'ensemble des addictions.

→ Pourquoi RESPADD ?

_ RES pour réseau, valeur à laquelle nous tenons, mais aussi pour Réseau des Etablissements de Santé, afin que nos adhérents actuels et futurs s'y reconnaissent ;

_ P pour prévention ;

_ ADD pour addiction.

En ce qui concerne le logo, nous nous sommes attachés à repartir des codes fondateurs du RHST. Le bleu et le vert ont été conservés mais sont désormais plus forts et plus lumineux pour une image plus positive et dynamique de notre réseau auprès des établissements de santé.

Nous vous proposons d'ores et déjà aux couleurs du Respadd la charte « *hôpital sans tabac* » et les « recommandations prévention des addictions » validées par le conseil scientifique. Vous pouvez les obtenir sur simple demande.

Notre site Internet devient : **www.respadd.org** et vous pouvez dorénavant nous joindre sur **contact@respadd.org** ; nos coordonnées téléphoniques et postales restent inchangées.

Sachez que ce changement de nom n'est que la première étape du développement de notre réseau. Nous souhaitons élargir, avec votre soutien, notre rayonnement européen, développer des missions en partenariat avec les tutelles administratives et toujours promouvoir des formations « sur mesure » sur lesquelles vous bénéficiez désormais d'un tarif préférentiel. ■

_ ACTUALITÉS

→ **LA MILDT OUVRE UN NOUVEAU SITE PORTAIL**
Depuis le 1^{er} octobre, le nouveau portail sur les drogues et les toxicomanies **www.drogues.gouv.fr** est en ligne.

Ce site s'adresse d'abord au grand public et à tous ceux qui s'interrogent ou qui cherchent des réponses concrètes sur les drogues et leurs consommations.

La rubrique « être aidé » propose des informations sur les services d'aides et les structures spécialisées ainsi que des conseils à l'attention des parents ou adultes qui se demandent quelle attitude adopter face à certains comportements de leurs enfants. Cette rubrique sera peu à peu enrichie, (notamment après l'organisation des Etats généraux sur la parentalité en mai 2010). L'actualité tient aussi une large place sur ce site : chacun pourra y trouver les informations les plus récentes sur les drogues, mais aussi y voir les nouvelles campagnes

de prévention menées en France et à l'étranger sur ces sujets. Par ailleurs, en donnant accès à des forums de discussion, à des numéros d'appels téléphoniques, ce nouveau site veut favoriser l'interactivité. Ce site portail répond également à la vocation interministérielle de la MILDT puisqu'il recense et renvoie sur la plupart des sites des ministères et des partenaires concernés sur la thématique des drogues et des toxicomanies.

Enfin, un accès spécifiquement dédié aux professionnels sera mis en ligne dès la mi novembre. Ils pourront ainsi trouver une information complète, précise et validée sur l'ensemble des champs qui les concernent ainsi que sur l'actualité de la MILDT.

→ **COCAÏNE - COLLOQUE**
Drogue et travail : de la coca à la cocaïne, le 22 octobre 2009, à Paris.

Le pôle "Travail et société" du Conservatoire national des arts et métiers propose une journée

thématique sur la cocaïne : aspects sociologiques, géopolitiques, mécanismes d'action, prévention et traitement, problématique en milieu de travail.

Télécharger le programme sur : http://asp.lecrips-idf.net/cirdd/telechargement/cnam_drogue_et_travail.pdf

→ **GBL - MISE EN GARDE**
Un rappel sur les dangers de la consommation de GBL.

Dans un communiqué, les autorités publiques informent sur les risques liés à la consommation de GBL (gamma-butyrolactone) et sur la conduite à tenir en cas de consommation.

Télécharger le communiqué sur :

<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-de-presse/Mise-en-garde-sur-la-consommation-de-GBL-gamma-butyrolactone-communiqué>

Note de synthèse de mai 2009 (pdf, 7 pages) sur le site de l'OFDT :

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxaccp5.pdf>

_ VOUS AVEZ LA PAROLE !

La lettre du Respadd est une publication trimestrielle à destination de l'ensemble de ses adhérents et partenaires. A ce titre nous la souhaitons la plus proche possible des acteurs de terrains en favorisant les partages d'expériences.

Aussi, le Respadd lance un appel à rédaction pour les prochains numéros. Les textes peuvent concerner votre activité locale, vos projets, des comptes-rendus de manifestations organisées ou tout simplement traiter de problématiques « tabac » ou « addictologie ».

Merci de faire parvenir vos textes, accompagnés si possible de photos, à : contact@respadd.org

La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd
Octobre 2009 - N° 1
ISSN : en cours
Hôpital Broussais
102 rue Didot, 75014 Paris
Tél : 01 40 44 50 26
Fax : 01 40 44 50 46
www.respadd.org
contact@respadd.org
Directeurs de Publication : Anne Borgne, Francine Bonfils, Chantal Davost
Directeur de Rédaction : Nicolas Bonnet
Comité de rédaction : Francine Bonfils, Nicolas Bonnet, Chantal Davost
Secrétariat : Maria Baraud, Céline Martin
Ont collaboré à ce numéro : Francine Amalberti, Antoine Ayot, Béatrice Badin de Montjoye, Francine Bonfils, Nicolas Bonnet, Anne Borgne, Corinne Bruhat, Philippe Denormandie, Olivier Le Nézet, Romain Moirand.
© Textes et visuels : Respadd 2009
Bernard Artal Graphisme
Imprimerie Peau
Tirage : 4 000 exemplaires.