

la Lettre du RESPADD

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS



7

JUIN 2011

SOMMAIRE

→ ADDICTOLOGIE

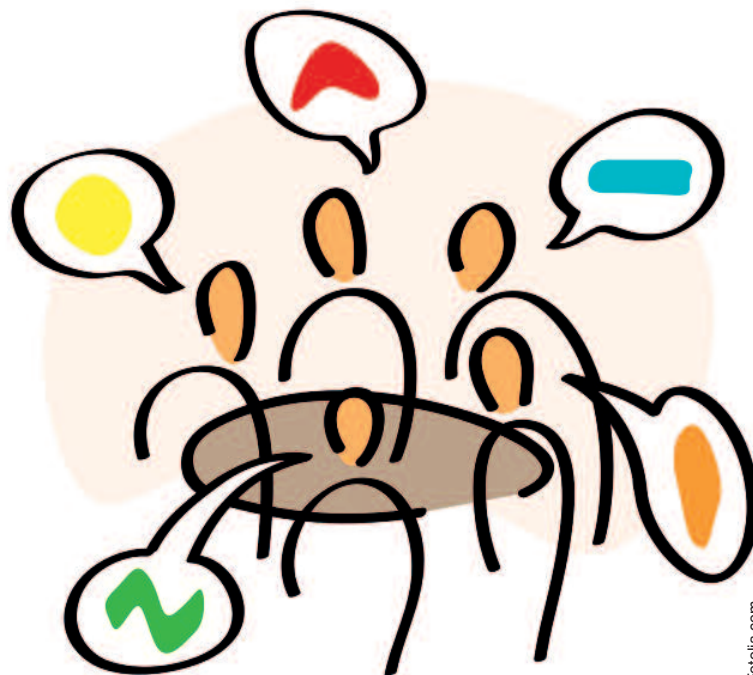
- Le système français d'évaluation de la pharmacodépendance : réseau des centres d'addictovigilance
- À propos de l'"affaire baclofène"
- Actualité : le château de Longues-Aygues s'est spécialisé en soins de suite pour affections liées aux conduites addictives

→ TABACOLOGIE

- De l'exemplarité des professionnels de santé à la notion de cadre symbolique : comment penser la question ?

→ AGENDA

→ LIRE UTILE



© joef - Fotolia.com

Nous sommes de plus en plus confrontés à des patients présentant des comorbidités psychiatriques associées à une grande précarité.

Afin de proposer toujours des soins de qualité répondant au mieux aux besoins et aux attentes des usagers présentant des pratiques addictives, il convient de décloisonner nos approches et de favoriser l'émergence de nouvelles stratégies de prise en charge transdisciplinaire intriquant les aspects somatiques, sociaux et psychologiques. Le bénéfice apporté doit être davantage

envisagé en tenant compte de la notion de rétablissement du patient, de l'utilisateur, de la personne : son intégration dans la communauté, sa capacité à se gérer lui-même, sa faculté à développer des activités sociales et son aptitude à redéfinir et reconstruire un sens de « soi ».

À ce titre, le RESPADD se mobilise afin de soutenir l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, médico-social mais aussi du secteur libéral que sont les médecins généralistes, les pharmaciens ou les chirurgiens dentistes.

Ainsi, le RESPADD s'est engagé auprès de la Direction générale de la santé et de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie pour former les professionnels libéraux et mettre à leur disposition des outils multimédia performants. Nous soutenons également les partenariats entre les secteurs médico social et sanitaire. Ces rapprochements, ces mutualisations, favorisent la création de nouveaux espaces d'intervention, font émerger de nouveaux enjeux et nous invitent à repenser nos activités afin de répondre de façon plus adaptée à nos populations.

Les 16^{es} rencontres du RESPADD organisées en collaboration avec l'Association française pour la réduction des risques sont un exemple supplémentaire de notre mobilisation. Elles ont mis en avant la collaboration entre 2 associations nationales représentant le secteur sanitaire pour l'une et le secteur médico social pour l'autre, afin de valoriser les expériences innovantes et de proposer d'autres types d'actions et de partenariats. Médecin, infirmier, travailleur social, psychologue : gardons-nous de toute prétention hégémonique, et travaillons à un savoir pluriel.

Dr Anne Borgne,
Présidente



→ LE SYSTÈME FRANÇAIS D'ÉVALUATION DE LA PHARMACODÉPENDANCE : RÉSEAU DES CENTRES D'ADDICTOVIGILANCE

NICOLAS AUTHIER – CENTRE ADDICTOVIGILANCE AUVERGNE / CHU CLERMONT-FERRAND
POUR L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES CENTRES D'ADDICTOVIGILANCE

L'addictovigilance a pour objet la surveillance des cas d'abus, de dépendance et d'usages détournés liés à la consommation de toutes les substances ou plantes ayant un effet psychoactif, ainsi que tous les médicaments ou autres produits en contenant, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac.

Le système français d'évaluation de la pharmacodépendance (addictovigilance) créé en 1990, a été défini dans le Code de la Santé Publique en 1999 (articles R.5132-97 à R.5132-116), modifié en 2007. Ce dispositif, sous la tutelle de l'Afssaps, repose sur un réseau national de centres spécialisés en pharmacologie clinique ou expérimentale et en toxicologie. Il est constitué de **13 centres d'addictovigilance** et 6 centres correspondants associés implantés dans les principales villes de France, au sein des Centres Hospitalo-Universitaires. Ce réseau dispose d'une capacité d'expertise et constitue un outil d'aide à la décision publique dans le domaine sanitaire et social. Sur le plan national, il existe des collaborations avec l'Observatoire

Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) notamment sur le dispositif SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et Substances). Sur le plan européen, l'Afssaps transmet à l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) des rapports d'évaluation de substances psychoactives. Enfin, des rapports sont aussi communiqués à l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) ainsi qu'au comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), rendant des avis à la commission des stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies (ONU).

Parmi les principales missions des centres d'addictovigilance,

il faut noter :

- **le recueil des cas** de pharmacodépendance, d'abus et de mésusage (ou usage détourné) de substances psychoactives (drogues, médicaments), à l'exception de l'alcool et le tabac. Cela passe par un système de notification spontanée (NotS) de la part des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, dentiste, ...) qui ont l'obligation de déclarer à leur centre référent tous les cas graves de pharmacodépendance (hospitalisation, invalidité/incapacité, mise en jeu du pronostic vital, décès).

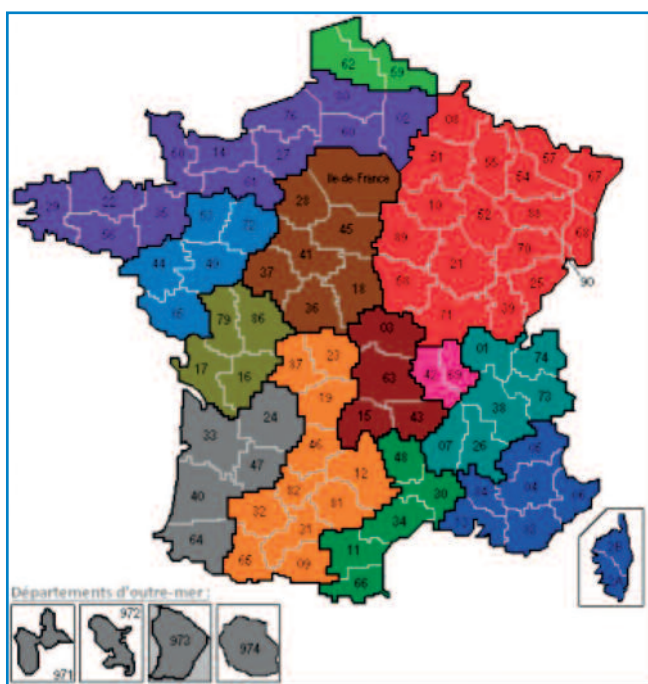
- **l'évaluation** du potentiel d'abus, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives. Cela se traduit par des propositions d'avis de la Commission Nationale des Stupéfiants et Psychotropes au

directeur général de l'Afssaps et au ministre chargé de la santé sur les mesures à prendre pour préserver la santé publique dans le domaine de la lutte contre la pharmacodépendance, l'abus et le mésusage (inscription sur liste des stupéfiants ou psychotropes, réglementation des conditions de prescription et de délivrance, détermination des doses d'exonération, ...).

- **identifier et prévenir** (alertes sanitaires) sur les risques pour la santé publique (abus, dépendance et mésusage médicamenteux, usage de drogue, modes de consommation dangereux).

- **informer** sur le risque d'abus, de dépendance et de mésusage des substances psychoactives.

Le réseau des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance (CEIP-Addictovigilance)



Centres principaux :

- CEIP-Addictovigilance de Bordeaux
Département de Pharmacologie - Hôpital Pellegrin
Responsable : Dr Françoise HARAMBURU
- CEIP-Addictovigilance de Caen
Laboratoire de Pharmacologie - CHRU
Responsable : Pr Antoine COQUEREL
- CEIP-Addictovigilance de Clermont-Ferrand
Service de Pharmacologie - CHU Montpied
Responsable : Pr Alain ESCHALIER
- CEIP-Addictovigilance de Grenoble
Laboratoire de Pharmacologie - CHU
Responsable : Dr Michel MALLARET
- CEIP-Addictovigilance de Lille
Service de Pharmacologie médicale - CHRU
Responsable : Pr Régis BORDET
- CEIP-Addictovigilance de Lyon
Centre Antipoison
Responsable : Pr Jacques DESCOTES
- CEIP-Addictovigilance de Marseille
Unité de Pharmacologie clinique - CHU Timone
Responsable : Dr Joëlle MICALLEF
- CEIP-Addictovigilance de Montpellier
Hôpital Lapeyronie - CHU
Responsable : Pr Jean-Pierre BLAYAC
- CEIP-Addictovigilance de Nancy
Pavillon Brullatre Balbatre
Responsable : Pr Jean-Pierre KAHN

CEIP-Addictovigilance de Nantes

Service de Pharmacologie clinique - CHU
Responsable : Pr Pascale JOLLIET

CEIP-Addictovigilance de Paris

Clinique Toxicologique - Hôpital Fernand Vidal
Responsable : Pr Sylvain DALLY

CEIP-Addictovigilance de Poitiers

Service de Pharmacologie clinique - CHU
Responsable : Pr Marie-Christine PERAULT-POCHAT

CEIP-Addictovigilance de Toulouse

Service de Pharmacologie clinique - Faculté de médecine
Responsable : Dr Maryse LAPEYRE-MESTRE

Centres correspondants associés :

Au CEIP-Addictovigilance de Marseille :

Laboratoire de Santé Publique - Faculté de médecine
Responsable : Pr Xavier THIRION

Au CEIP-Addictovigilance de Nancy :

Centre antipoison - CHU Nancy
Responsable : Dr Jacques MANEL
Laboratoire de Pharmacologie et Toxicologie clinique
Responsable : Pr Patrick NETTER

Au CEIP-Addictovigilance de Paris :

Lab. de Toxicologie Biochimique - Hôp. Lariboisière
Responsable : Pr Martine GALLIOT-GUILLEY
Centre antipoison - Hôpital Fernand Vidal
Responsable : Dr Robert GARNIER
Urgences médico-judiciaires - Hôtel-Dieu
Responsable : Pr Lionel FOURNIER

Notes : • Situation du réseau au 1er septembre 2010

• Sur cette carte figurent également les territoires de compétence de chacun des CEIP-Addictovigilance.

Différents outils originaux, développés par ce réseau d'addictovigilance, sous forme d'enquêtes annuelles réalisées auprès des médecins de CSAPA et des CAARUD (OPPIDUM), médecins généralistes (OPEMA), pharmaciens (ASOS, OSIAP), toxicologues (DRAMES), permettent une description détaillée et une évaluation des risques liés à la pharmacodépendance.

Tous les deux ans, l'Association Française des Centres d'Addictovigilance organise les Ateliers de la Pharmacodépendance (prochaine édition en octobre 2012). Par ailleurs, lors du prochain congrès THS 10 (Toxicomanie Hépatites Sida) qui se déroulera à Biarritz du 11 au 14 octobre 2011, un atelier sera consacré à des problématiques d'actualité en pharmacodépendance (mésusage des médicaments de substitution aux opiacés, injection de buprénorphine, expertise INSERM sur la dépendance médicamenteuse, mésusage du méthyl-phénidate).

VIGNETTE 1

Principaux outils d'évaluation de la pharmacodépendance

	OUTILS	INTERLOCUTEURS	PÉRIODE
Nots	Notifications Spontanées	Tous professionnels de santé	Annuelle
OPPIDUM	Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse	CSAPA, CAARUD, ELSA, services d'urgences, milieu pénitentiaire, psychiatrie hospitalière	Octobre
OPEMA	Observatoire des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire	Médecins généralistes	Novembre
OSIAP	Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possible	Pharmaciens	Mai et novembre
ASOS	Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées	Pharmaciens	Juin
DRAMES	Décès Relatifs à l'Abus de Médicaments Et de Substances	Toxicologues, Médecins légistes	Annuelle
Soumission Chimique		Toxicologues, Médecins légistes, Urgences, tous professionnels de santé	Annuelle

VIGNETTE 2

Plan de gestion des risques des psychotropes

Un plan de gestion des risques (PGR) a pour objectif de garantir la sécurité d'emploi et le bon usage des médicaments par la surveillance active et orientée des risques dès la mise sur le marché, d'accroître les connaissances sur les populations à risque et en cas d'utilisation prolongée, de connaître les conditions réelles d'utilisation et d'identifier les pratiques non conformes au bon usage des médicaments. Dans le cas précis d'une substance psychoactive, la première partie du PGR consiste à évaluer le risque (tests pré-cliniques, données des essais cliniques, plan de surveillance de la pharmacodépendance, mise en place d'études observationnelles, outils épidémiologiques des centres d'addictovigilance et les données de l'assurance maladie). La deuxième partie d'un PGR correspond au plan de minimisation des risques, comprenant le risque lié à la substance (information des

professionnels de santé et des patients ; incitation à la notification des cas de pharmacodépendance), le risque lié au détournement et le risque de soumission chimique (procédure galénique, conditions de prescription et dispensation ...).

Liste des plans de gestion des risques (PGR) en cours concernant une spécialité psychotrope

Molécule	Spécialité(s)	PGR	Suivi national des centres d'addictovigilance
Meopa	Antasol® Entonox® Oxynox® Kalinox®	National	Oui
Oxybate de sodium	Xyrem®	Européen et national	Oui
Clonazépam	Rivotril®	National	Non
Buprénorphine Haut Dosage	Subutex® BHD Arrow® BHD Mylan® BHD Biogaran® BHD Sandoz® BHD Téva®	National	Oui
Méthadone	Méthadone Gélule	National	Oui
Fentanyl	Abstral® Effentora® Instanyl®	Européen et national	Oui

VIGNETTE 3

Exemple du potentiel d'abus et dépendance des benzodiazépines

Les benzodiazépines sont des médicaments psychotropes largement concernés par le mésusage et les cas d'abus ou dépendance, en raison notamment du non respect des recommandations de prescription (durée de traitement, respect des posologies, etc.). L'enquête BZORDS, menée en Aquitaine a montré que dans seulement 7,8 % des cas, l'arrêt de la benzodiazépine est programmé. Ce non respect des recommandations de prescription peut être à l'origine d'une dépendance et d'un détournement de cette classe médicamenteuse. Les travaux des Centres d'Addictovigilance de Bordeaux et de Toulouse confirment la place prépondérante des benzodiazépines, que ce soit avec les données du PMSI (deuxième des substances à l'origine d'une hospitalisation pour abus ou dépendance), d'OPPIDUM (dans le trio de tête des comportements de diversion) ou d'une enquête réalisée dans le milieu du travail chez

des salariés toulousains (6 % des substances psycho-actives consommées). L'étude « multi-source » réalisée par le centre d'addictovigilance de Marseille montre que les benzodiazépines les plus détournées et donc à surveiller sont le flunitrazépam, le clonazépam, l'oxazépam, le diazépam et le bromazépam. Enfin, les benzodiazépines font partie des médicaments les plus utilisés dans la soumission chimique. ■

Références :

- Sommet A, Bagheri H, Montastruc JL. De la Pharmacovigilance à la gestion des risques. La Lettre du Pharmacologue 2007, 21 : 26-31.
- M.Boulos, M.Mallaret, A.Castot, N.Richard. Plan de gestion des risques : aspects spécifiques de la pharmacodépendance. Le courrier des addictions 2007 ; 4: 129-130.

Sites Web :

- AFSSAPS : www.afssaps.fr, rubrique Stupéfiants et Psychotropes « SP » / Pharmacodépendance
- Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies : www.emcdda.europa.eu
- Organisation Internationale de Contrôle des Stupéfiants : www.incb.org

→ À PROPOS DE L'« AFFAIRE BACLOFÈNE »

DR ARNAUD PLAT – PRATICIEN HOSPITALIER, ADDICTOLOGUE – GROUPE HOSPITALIER PITIÉ- SALPÊTRIÈRE / AP-HP, PARIS

C'est après la lecture de nouvelles parutions sur l'efficacité du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance dans la presse non médicale⁽¹⁾ que je n'ai pu résister à une envie irrésistible de vous faire partager quelques réflexions sur ce que nous pouvons appeler, dans le milieu de l'addictologie française, l'« affaire du baclofène ».

À moins d'être complètement allergique à toute information médicale en particulier dans le domaine de l'alcoolologie, il est très probable que vous ayez été ces derniers mois, accrochés par un article sur ce médicament et son application dans le traitement de l'alcoolodépendance.

Dépeignons succinctement l'histoire : en 2004, un médecin français cardiologue, travaillant aux EU, explique dans un article dans une grande revue anglo-saxonne d'alcoolologie, la guérison (après de nombreux échecs avec les protocoles habituels) de son alcoolisme grâce à un protocole inventé par lui (mais tiré de son étude de la littérature scientifique essentiellement basée sur l'expérimentation animale) à partir d'un médicament, le baclofène (Lioresal®) utilisé depuis longtemps dans le traitement des spasticités d'origine neurologique. À l'époque, l'alcoolologie française et internationale ne semble pas particulièrement intéressée par cette expérience unique et qui n'a d'ailleurs rien d'exceptionnelle. L'histoire aurait pu s'arrêter là sans l'abnégation (et sans doute quelques relais médiatiques) de ce patient guéri, qui a la particularité d'être médecin et d'être très motivé par la diffusion de son témoignage.

Le « buzz » autour du produit s'est engagé majoritairement sur le net, faute de vrais relais scientifiques (une étude médicale récente, appelée méta-analyse, essayant de réunir l'ensemble des essais dans le monde, portant sur l'efficacité de ce médicament dans l'alcoolisme n'a trouvé qu'une seule étude clairement analysable, portant sur 37 patients...) avec des blogs et aussi le dieu Wikipedia, qui pour le coup aurait gagné à être un peu modéré.

En ce début d'année 2011, malgré cette pression qu'on pourra appeler « médiatique », c'est le statut quo : les « pro baclofène » parlent de scandale et menacent les non prescripteurs de non assistance à personne en danger et il semble qu'une seule équipe s'engage dans une étude pour évaluer ce traitement (à Berlin). Enfin, il nous arrive de recevoir des patients nous interrogeant sur ce traitement. Dans notre établissement, nous répondons que nous ne prescrivons pas ce traitement dans cette indication faute de preuve évidente et surtout en l'absence de démonstration de son innocuité et de sa supériorité par rapport aux autres traitements. La majorité des patients (nous ne doutons pas que nous les sélectionnons...) réagissent souvent d'ailleurs à la lecture des articles, en rap-

pelant que la motivation au changement est souvent primordiale pour s'arrêter de boire et que la maladie de dépendance est un processus trop compliqué (médico-psychosocial) pour n'être réglé que par un simple médicament.

Mon propos n'est pas de juger ou non de l'efficacité du médicament mais plutôt de tenter d'analyser la polémique :

- L'expérience d'un médecin malade semble avoir plus de poids que celle d'un « patient lambda » (je crois que c'est vrai aussi pour les célébrités). À vrai dire, pour l'alcoolisme qui est souvent associé aux milieux défavorisés, on peut penser que le récit de ce médecin alcoolique a une portée plus importante. Il semble qu'on ne puisse pas remettre en cause le témoignage d'un médecin, de surcroît devenu professeur.
- Ce médecin a, de mon point de vue, expérimenté (et tente de faire partager cette expérience ce qui est plus compliqué...) la puissance de l'auto conviction et de l'efficacité d'un traitement auquel on croit fortement. Pour une maladie avec une forte composante psychologique, croire en son traitement (ce qui se rapproche de l'effet placebo), c'est tout-à-fait primordial⁽²⁾. D'ailleurs, notre travail au quotidien est d'aider

les patients à augmenter leur confiance en eux et d'envisager avec eux un protocole de soins auquel ils vont adhérer.

- Il me paraît intéressant de noter l'appétence des médias mais aussi du public pour un traitement miraculeux dans le domaine de l'addictologie (le vaccin anti cocaïne, les traitements médicamenteux du tabagisme...). À mon avis, cela témoigne autant d'une certaine tendance journalistique à vouloir simplifier des problématiques complexes (et au sensationnalisme) que de celle de certains médecins et chercheurs à rechercher la notoriété via l'exposition médiatique. Rien de très neuf au demeurant...

- Les méthodes employées par les personnes qui ont fait la promotion de ce traitement semblent avoir desservi le développement de ce médicament. Sans rentrer dans les détails, l'emploi d'un bon niveau de désinformation, l'usage de termes outranciers voire un dénigrement des professionnels qui travaillent auprès des patients⁽³⁾, ou par exemple l'effacement quasi systématique sur les blogs d'expériences négatives avec le traitement, ont participé sans aucun doute, à rendre très frileux beaucoup des spécialistes de la discipline, qui ont, c'est vrai, déjà une croyance faible dans le

(1) Science et avenir mars 2011, <http://www.rue89.com/2010/10/21/un-medicament-generique-guerit-en-silence-mon-mari-alcoolique-172354>, <http://www.parismatch.com/Actu-Match/Sante/Actu/Olivier-Ameisen-baclofene-250681/>

(2) Pour rappel, un autre exemple d'effet placebo : plus le coût du placebo est élevé pour le patient, plus l'effet placebo est important : 85 % des bénévoles du groupe ayant avalé une pilule à 2,50 dollars notent une réduction de la douleur causée par des décharges électriques, contre seulement 61 % pour ceux ayant pris la même pilule présentée en promotion⁽³⁾. Waber RL, Shiv B, Carmon Z, Ariely D, *Commercial features of placebo and therapeutic efficacy [archive]*, JAMA, 2008;299:1016-7

(3) Cf. la lecture d'un éditorial sur le sujet d'un « pro baclofène » : « Des médecins, pas mauvais sûrement, mais sous influence. Sous influence de quoi, de quels messages, directives, peurs ou menaces ? (...) Quelles influences ont pu être assez fortes pour que des médecins agissent ainsi, contre l'intérêt de leurs malades, contre le serment d'Hippocrate ? »

(4) Le fait que le seul médicament fut longtemps le « merveilleux » Esperal® (qui rend malade si on boit de l'alcool mais peut aussi tuer...) a sans doute participé à la méfiance de l'alcoolologie pour les traitements pharmacologiques. On peut même se vanter que s'opposer à la pression médiatique peut être une qualité et que, d'une manière générale, dans un pays où on prescrit beaucoup de psychotropes, et où la collusion laboratoire-médecine est très marquée, un peu de méfiance et de précautions ne peuvent pas nuire...

→ ACTUALITÉ : le Château de Longues-Aygues spécialisé dans la post-cure psychiatrique a changé d'activité depuis le 15 décembre 2010 et s'est spécialisé en SOINS DE SUITE POUR AFFECTIONS LIÉES AUX CONDUITES ADDICTIVES

GÉRARD BOURRAT – DIRECTEUR DU CHÂTEAU DE LONGUES-AYGUES

traitement pharmacologique des addictions (le modèle de traitement psycho-social a sans doute la préférence des alcooliques^[4]). De mon point de vue, les « pro baclofène » auraient voulu saboter le développement de ce médicament qu'ils n'auraient pu être plus efficaces.

- Internet a participé de manière significative à la propagation de l'information autour de ce traitement. Les professionnels de l'addictologie doivent donc s'habituer, non pas seulement à pointer la Toile comme potentiel pourvoyeur de substances +/- licites, mais aussi à la considérer comme porte voix des usagers. En plus d'améliorer l'accès au droit à la parole des patients, Internet permet aux professionnels d'entendre, lire les expériences, les ressentis, les attentes des usagers. Nous devons donc apprendre à nous y intégrer pour répondre, modérer, proposer. À ce propos, il a sans doute manqué à la société savante française d'alcoologie (SFA) de réactivité face au buzz du baclofène.

Finalement, j'espère que le débat autour de ce médicament va s'apaiser, se poursuivre à partir d'informations précises et non partisans, permettant d'aboutir sans urgence (nous ne sommes tout de même pas face à l'épidémie de grippe H1N1...) à une conclusion sur la place du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance. De mon point de vue, il est très probable qu'il aura au moins la même importance que les autres médicaments déjà proposés (acamprosate, naltrexone), et devra donc s'inscrire dans l'indispensable prise en charge multi disciplinaire de la maladie. ■

© G. Bourrat



Le château de Longues-Aygues est situé dans la région Sud-Ouest à 15 km de Montauban et à 50 km de Toulouse.

L'établissement accueille des personnes ayant un comportement de dépendance à un produit et engagées dans un processus de soins en addictologie après le sevrage.

SON PROJET DE SOINS

Ce projet de soins s'inscrit dans un **contrat thérapeutique accepté par le patient** qui s'engage à s'y impliquer et à en respecter les modalités.

Objectifs de prise en charge :

Consolider l'abstinence des patients préalablement sevrés et **débuter leur réhabilitation** pendant leur parcours de soins. Le projet de soins se déroule

sur cinq semaines et s'effectue par un travail en groupe de 10 à 12 personnes, afin d'impulser une dynamique positive sur le projet personnel de chacun par son effet miroir.

Trois points sont particulièrement développés :

- Un travail d'**information et d'éducation thérapeutique** pour la mise à distance du produit par le patient ;
- Un travail sur l'**image de soi** pour retrouver une identité propre ;
- Un travail sur la **régulation des émotions et du stress** pour permettre le développement et l'utilisation des compétences personnelles.

SES INTERVENANTS

- Les médecins psychiatres et addictologues assurent la

conduite du projet et suivent, avec les infirmières, l'évolution du patient tout au long du séjour.

- L'équipe pluridisciplinaire, composée d'une psychologue, d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne, d'un éducateur sportif, d'une diététicienne et d'une assistante sociale, favorise la réalisation du projet tant sur le plan psychique, physique et social.

SES LOCAUX

- Une salle d'ergothérapie permet le travail sur la ressocialisation et la réassurance par le biais d'activités manuelles et créatrices.
- Une salle de psychomotricité, un espace musculation, une piscine intérieure et une extérieure, un plateau multisports et un parc permettent le travail sur le corps et les émotions par le biais d'activités physiques.
- Les salles de réunion permettent la diffusion de l'information et les échanges lors des groupes de parole ou des ateliers thérapeutiques. ■

Renseignements pratiques et présentation de l'établissement : www.chateau-longues-aygues.fr

© G. Bourrat



© G. Bourrat



_ AGENDA

**TABACOLOGIE
SANS FRONTIÈRES**



5^e Congrès national de la SFT
17-18 novembre 2011
Palais des congrès, Nancy

Organisée par la Société
Française de Tabacologie.

Contact : Mme Valérie Vivona,
Lorraine Congrès,
BP 60663,
F-54063 Nancy Cedex
Tél. : 33 (0)3 83 36 81 91
vv@nancy-congres.com
societe-francaise-de-tabacologie.com - www.csft2011.fr

**L'ALCOOL,
LA VILLE,
LA CITÉ**



Réunion de la SFA
1-2 décembre 2011
Maison internationale, Paris

Organisée par la Société
Française d'Alcoologie.

Contact : Princeps Editions,
64 avenue du Général de Gaulle,
F-92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : 33 (0)1 46 38 24 14
Fax : 33 (0)1 40 95 72 15
princeps.formation@orange.fr
www.sfalcoologie.asso.fr

**DE L'ALCOOLISATION
PRÉNATALE À L'ÉCHEC
SCOLAIRE**



2^e Colloque international
SAF France
15-16 décembre 2011
Palais des Congrès,
Strasbourg

Organisé par SAF France.

Contact : SAF France,
164, Quai Louis Blériot,
F-75016 Paris
www.saffrance.fr

**→ DE L'EXEMPLARITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
À LA NOTION DE CADRE SYMBOLIQUE : COMMENT PENSER
LA QUESTION ?**

DR ÉLISABETH LARINIER – MÉDECIN TABACOLOGUE / CSAPA LYADE, LYON

Comment penser la question de l'exemplarité des professionnels de santé en matière de tabagisme dans les enceintes hospitalières de telle sorte que les professionnels puissent contribuer à la qualité des soins en tabacologie en particulier et en addictologie plus globalement ?

La personne adulte dans son contexte professionnel, en tant que « sujet supposé savoir » supporte assez mal tout appel à un comportement évoquant pour lui des phases antérieures de son développement ou une situation de non professionnalisme (d'amateurisme ?). C'est ainsi qu'appeler les professionnels de santé et les professionnels travaillant au sein d'une collectivité hospitalière à l'exemplarité en matière de consommation de tabac risque de provoquer des résistances, des réactances voire des provocations.

Pourtant, nous savons que fumer en tenue vestimentaire professionnelle dans un hôpital a des effets dévastateurs sur les patients et leurs familles fréquentant les hôpitaux.

**Examinons la question
du cadre.**

A l'hôpital, le cadre, c'est le contexte dans lequel peut se dérouler l'ensemble des actions thérapeutiques, l'ensemble des actions dont le but est de soigner. En matière de tabagisme, ces interventions sont de 3 types :

- Les interventions auprès des fumeurs à l'hôpital sont d'abord des soins consécutifs aux complications dues à la toxicité de la fumée de cigarette ou à d'autres pathologies n'ayant aucun rapport avec leur tabagisme.
- Les interventions auprès des fumeurs quels que soient les motifs de leur hospitalisation relève de la prévention des incendies.

- Les interventions auprès des fumeurs relèvent aussi des interventions d'éducation thérapeutique, en cela qu'il s'agit d'une dépendance, c'est-à-dire d'une atteinte de fonctionnement cérébral. Ce sont les interventions de tabacologie ou d'addictologie.

Certains membres du personnel sont en charge de faire respecter « le cadre ». Leurs actions se dirigent vers 3 populations : les patients hospitalisés, leurs familles en visite et le personnel. Ils interviendront en cas de transgression. Ce cadre là, c'est le cadre réel.

Ce cadre réel est doublé d'un cadre implicite, symbolique. Ce cadre symbolique est porté par l'ensemble du personnel à partir du moment où celui-ci porte une tenue vestimentaire identifiable (la blouse ou autre). Ils sont, par ce cadre symbolique, contributifs du soin, en particulier dans sa dimension éducative.

Ce cadre symbolique peut être transgressé. C'est ce qui se produit lorsque des membres du personnel soignant fument alors qu'ils sont en tenue vestimentaire professionnelle. Cette transgression du cadre symbolique a de lourdes conséquences dans le cadre réel. Au minimum, il le fragilise, l'affaiblit. Il peut aller jusqu'à invalider un contrat de soin dans le domaine éducatif, comme dans le domaine du soin aux personnes souffrant d'une addiction.

L'intervention en tabacologie repose sur le fait, connu de tous, que fumer présente des dangers. En chaque fumeur persiste un petit enfant qui a beaucoup de mal à croire dans cette dangerosité, petit enfant qui « fume chaque fois une cigarette », sans la capacité de ce point de vue d'envisager le facteur cumulatif, ni le délai de survenue de la pathologie liée au tabac.

Si le personnel d'un centre hospitalier fume en tenue professionnelle, le petit enfant tapi dans chacun des fumeurs qui le croise va en tirer argument pour contester la réalité des avertissements sanitaires de diverses origines. Tout se passe comme si ce comportement parlait directement au fumeur irrationnel prêt à interpréter ce qu'il observe dans le but de justifier son comportement de fumeur (que par ailleurs il est prêt à considérer comme inexplicable et incompréhensible).

Faciliter l'accompagnement et le soin aux personnes fumeuses nécessite un cadre thérapeutique à la fois réel et symbolique solide et cohérent.

C'est la raison pour laquelle il est à considérer comme un but souhaitable que les soignants ne fument pas dans l'enceinte des établissements hospitaliers lorsqu'ils sont en tenue vestimentaire professionnelle. C'est aussi reconnaître à tous les professionnels une fonction contributrice des soins. ■



→ **TRIBULATIONS D'UN GRAMME DE COKE**
TAILLEFUMIER V., RENAUDAT C.
Ed Massot-Florent, 2011

Carnet de voyage souvent sanglant, Les Tribulations d'un gramme de coke abordent un des derniers tabous : la légalisation des drogues. Cultivateurs de coca, apprentis chimistes, familles de marins transporteurs, "mules", dealers européens, consommateurs parisiens, tous parlent sans détours du plus gros négoce illégal au monde. Des troupes hélicoptérées débarquent dans la forêt tropicale, les portes de prison claquent derrière les passeurs tombés dans un pays inconnu. Les têtes roulent par milliers. Un avion s'écrase dans le Sahel, des immigrants clandestins sont torturés jusqu'à la mort par les cartels mexicains. Dans le port colombien de Tumaco, où débute ce périlleux voyage, un médecin-légiste erre en moto entre les tombes et compte les morts dans l'indifférence générale. Policiers et militaires s'essoufflent. Cette guerre qui dure depuis quarante ans, des milliards de dollars y ont été engloutis pour rien : le nombre de consommateurs de stupéfiants augmente dans le monde entier. L'interdiction ne les protège pas. Des généraux, d'anciens présidents et ministres se joignent aux économistes et aux médecins pour demander la décriminalisation des drogues, pour mettre fin au massacre mené en leur nom. Loin de faire l'apologie de la cocaïne, Christine Renaudat et Vincent Taillefumier, à travers cette enquête exceptionnelle, posent une question lancinante : la prohibition des drogues ne tue-t-elle pas davantage que les drogues elles-mêmes ?

→ **PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUTOUR DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS EN CSAPA.**
Paris : Anitea, F3A, 2010, np
ANITÉA/F3A a élaboré un "Guide TSO" issu d'une démarche parti-



→ **LIVRE BLANC DE L'ADDICTOLOGIE FRANÇAISE. 100 PROPOSITIONS POUR RÉDUIRE LES DOMMAGES DES ADDICTIONS EN FRANCE.**
Paris : Fédération française d'addictologie, 2011, 44 p.

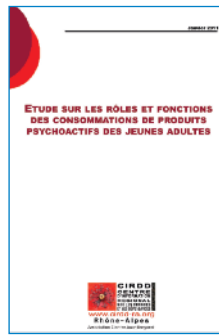
La Fédération française d'addictologie (FFA) publie son Livre blanc. Il rassemble un état des lieux de la prise en charge des addictions, le bilan du plan addiction 2007-2011 et, 100 propositions pour diminuer les dommages des addictions. Ces 100 propositions sont rassemblées autour de six priorités :

- Annonce, mise en place et suivi d'un Plan addictions 2012-2017
- Préparation d'une loi « addictions »
- Définir et organiser une prévention rationnelle, scientifique et efficace
- Définir une politique nationale d'accès aux soins cohérente
- Mettre en place un dispositif de formation performant et cohérent
- Donner à la recherche les moyens de se développer
- Donner la priorité à la recherche clinique et thérapeutique

http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA_Livre Blanc-2011mai26.pdf



cipative menée en 2009 et 2010 sur les pratiques professionnelles de traitements de substitution aux opiacés.



→ **ÉTUDE SUR LES RÔLES ET LES FONCTIONS DE CONSOMMATIONS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS DES JEUNES ADULTES**
HAMANT C. Lyon : CIRDD Rhône-Alpes, janvier 2011, 73 p.

Cette enquête s'appuie sur l'analyse de trente entretiens réalisés avec des jeunes, âgés de 18 à 30 ans, résidant dans l'agglomération lyonnaise et présentant des niveaux d'usages de cannabis et d'alcool élevés. A travers l'analyse de leur parcours, elle dresse une nouvelle typologie de cette population aux niveaux d'usages similaires, en prenant en compte des facteurs nouveaux, tels que la fonction et le rôle de ces consommations. Elle remet également en cause l'idée répandue de l'existence d'une stricte corrélation entre insertion socioprofessionnelle et niveau d'usage, dans un contexte d'entrée dans la vie d'adulte. Un trait commun émerge de cette analyse : l'importance de l'environnement dans les rapports que ces jeunes entretiennent avec le produit. Stigmatisée ou valorisée, cette consommation de substances psychoactives impose à l'individu de définir ses propres limites. Aussi, cette étude essaie de dégager les caractéristiques de ce processus de définition, en s'appuyant notamment sur l'analyse des figures "repoussoirs" mobilisées par ces jeunes. Au regard des résultats de cette étude, sont proposées des pistes de réflexion pour une prévention des addictions contextualisée qui s'appuierait sur le développement de certains facteurs de protection.

→ **SUISSE : UN SITE POUR VENIR EN AIDE AUX ENFANTS VIVANT AVEC UN PARENT ALCOOLODÉPENDANT**
Addiction Info Suisse lance un site pour venir en aide aux enfants vivant avec un parent alcoolodépendant.

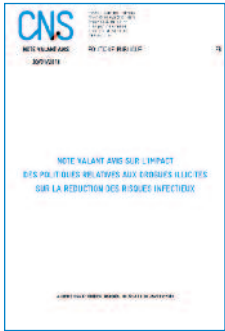


→ **L'INFLUENCE À LONG TERME DU MILIEU SOCIAL D'ORIGINE ET DU TABAGISME DES PARENTS SUR LE TABAGISME EN FRANCE : LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE 2006.**
in : Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 8-9, mars 2011, pp 96-98.
Institut de veille sanitaire (InVS), BRICARD D., JUSOT F., TUBEUF S.

Le risque d'être fumeur est plus élevé parmi les personnes dont le père était fumeur et, chez les femmes, parmi celles dont la mère était fumeuse. Le tabagisme est également lié au milieu social d'origine, les personnes dont le père était ouvrier ayant plus de risques d'être fumeuses. L'influence de la profession du père est essentiellement indirecte, par le biais du niveau d'éducation du descendant qui, à son tour, influence le tabagisme. Chez les femmes, le tabagisme est plus fréquent parmi celles ayant connu des épisodes de précarité durant leur enfance mais également parmi celles dont la mère occupait un emploi qualifié. Les enfants d'agriculteurs ont un risque réduit d'être fumeurs.



Accessible via deux adresses web, il propose deux parties (une pour les 8-12 ans et une pour les 13-20 ans) et un forum. Informations, conseils, questions fréquentes et témoignages visent à aider enfants et adolescents à mieux cerner leur situation.
<http://www.mamanboit.ch/>
<http://www.papaboit.ch/>



→ AVIS SUR L'IMPACT DES POLITIQUES RELATIVES AUX DROGUES ILLICITES SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX

Le Conseil national du sida (CNS), a publié le 6 avril, une note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux. Depuis la publication d'un précédent avis du conseil en 2001, recommandant l'évolution des politiques relatives aux drogues illicites au regard de leur impact sur la stratégie de réduction des risques (RdR), plusieurs évolutions ont eu un impact favorable sur la lutte contre l'épidémie de VIH/Sida, dont la progression s'est ralentie. Cependant, la note du CNS dresse un bilan nuancé de ces dix dernières années, mentionnant notamment que les politiques publiques n'ont permis ni de diminuer les usages des drogues ni d'améliorer significativement la situation de ses consommateurs. La réduction des risques apparaît limitée, notamment parmi des franges d'usagers vulnérables tels que les jeunes, les femmes et les personnes détenues. Le rapport se montre critique vis-à-vis du renforcement, ces dernières années, de la répression envers les simples usagers de drogues, pointant du doigt des politiques répressives coûteuses et inefficaces au plan sanitaire.
http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2011-01-20_nva_fr_politique_publicque.pdf

→ INSTRUCTION RELATIVE À LA CONDUITE À TENIR EN CAS DE DÉTENTION ILLÉGALE DE STUPÉFIANTS PAR UN PATIENT ACCUEILLI DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Secrétariat d'état à la santé. Instruction n° DGOS/DSR/MISSION DES USAGERS/2011/139



→ PHILOSOPHIE PRATIQUE DE LA DROGUE

PHARO P. Ed Cerf, 2011

Comment devient-on dépendant aux drogues et autres consommations psycho-actives ? Comment essaie-t-on d'en sortir ? Que valent les politiques publiques de la drogue ? Telles sont les questions abordées dans cet ouvrage, traitées à partir de témoignages d'usagers, recueillis à Paris et à New York. Témoins privilégiés des conditions individuelles, sociales et neuropsychiques d'entrée dans un parcours addictif, les anciens usagers revendiquent leur liberté d'avoir consommé, pour leur bien-être, des produits dangereux, tout en rendant compte en détail et sans fard des dégâts personnels qui ont pu en découler. A l'éthique de la drogue succède donc une éthique de la sortie qu'on cherche à garantir par de nouvelles habitudes et de nouveaux engagements. La philosophie pratique de la drogue qui ressort de ces témoignages est libertaire sur un plan individuel, mais collectivement responsable, en termes notamment de prévention, de réduction des dommages et d'accompagnement des usagers. Cette posture implique une reconsidération des politiques publiques répressives mais largement impuissantes devant le phénomène social de l'addiction, qui n'a cessé de croître avec le développement des sociétés marchandes.

du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011, 4 p. La direction générale de l'offre de soins a été saisie par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie d'une question récurrente posée aux



→ ALCOOL ET MÉDECINE GÉNÉRALE

RUEFF B., HUAS D. Ed. Wolters Kluwer Health France, 2011

Parmi les drogues, l'"alcool" est celle qui a les répercussions somatiques, psychiques, sociales les plus diverses et les plus complexes. Celles-ci varient selon chaque individu, en fonction de l'âge, du sexe, de la quantité et de la façon chronique ou aiguë dont l'alcool est consommé. La consommation d'alcool est parfois bénéfique, souvent morbide, parfois mortelle. Pourquoi les médecins ont-ils autant de difficultés à parler de la consommation d'alcool avec leurs patients ? Pourquoi les médecins ne précisent-ils pas la consommation d'alcool de leurs patients ? Que faire avec un patient qui déclare consommer trop d'alcool, que ce patient soit à risque, à usage nocif ou alcoolodépendant ? Comment reconnaître les patients plus ou moins en danger ? Quelles propositions faire à ces différents patients ? Comment les aider à se décider à se soigner ? Autant de questions qui concernent la médecine générale au premier chef. L'absence de réponse à ces questions retarde la prise en charge parfois difficile mais utile à de nombreux patients. Deux médecins universitaires, l'un médecin généraliste, l'autre alcoologue hospitalier, ont réuni dans ce livre leur complémentarité de clinicien et d'enseignant pour répondre à toutes ces questions qui embarrassent les médecins.

pharmaciens inspecteurs de santé publique sur la conduite à tenir suite à une découverte ou une remise volontaire de produits stupéfiants illégaux dans un établissement de santé. Cette instruction rappelle la réglementation applicable en matière de secret professionnel et la conduite à tenir en cas de présence de produits stupéfiants illégaux dans un établissement de santé.
http://circulaires.gouv.fr/pdf/2011/04/cir_32904.pdf

FORMATION DE FORMATEURS EN ENTRETIEN MOTIVATIONNEL - 2011

L'Association française pour le développement de l'entretien motivationnel AFDEM organise du **25 au 28 octobre 2011**, une formation de formateurs (FDF) à l'entretien motivationnel.

Cette formation sera assurée par **Jacques Dumont, Dorothée Lécailly, Philippe Michaud et Nady Sfeir**.

Le nombre de participants est **limité à 25**. Les modalités pratiques d'organisation et le formulaire d'inscription en ligne sont disponibles dès maintenant. La clôture des inscriptions est fixée au 30 juin.

Ce stage portera sur les méthodes de transmission de l'entretien motivationnel et non sur l'acquisition des compétences cliniques de base. Les candidatures seront examinées par le pool de formateurs et les candidats seront directement informés de la confirmation de leur inscription. Seul le règlement d'une partie des frais d'inscription vaudra inscription définitive.

Pour plus d'informations :
<http://www.entretienmotivationnel.org/articles/formation-de-formateurs-2011/?PHPSESSID=c6cde29555b143c83ed7a765c3291947>

La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd
 Juin 2011 - N° 7
 ISSN 2105-3820
 96 rue Didot
 75014 Paris
 Tél : 01 40 44 50 26
 Fax : 01 40 44 50 46
www.respadd.org
contact@respadd.org

Directeur de Publication : Anne Borgne

Directeur de Rédaction : Nicolas Bonnet

Comité de rédaction : Francine Bonfils, Nicolas Bonnet, Lætitia Rostand

Secrétariat : Maria Baraud, Céline Martin

Ont collaboré à ce numéro : Nicolas Authier, Nicolas Bonnet, Anne Borgne, Gérard Bourrat, Elisabeth Larinier, Arnaud Plat

© Textes et visuels : Respadd 2011
 Bernard Artal Graphisme

Imprimerie Peau
 Tirage : 4 000 exemplaires