

la Lettre du respadd



RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

28

JANVIER 2017

SOMMAIRE

→ TABACOLOGIE

- Le tabagisme en milieu carcéral : vers une véritable stratégie de réduction de la consommation
- Évaluation d'une prise en charge d'aide au sevrage tabagique au sein d'une population de PVVIH : étude TAVIH

→ ADDICTOLOGIE

- Enquête ALVIH : repérage précoce des consommateurs excessifs d'alcool chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- « Le pharmacien d'officine face aux addictions » : trois colloques interrégionaux pour rappeler avec force le rôle incontournable du pharmacien d'officine en addictologie

→ LIRE UTILE

→ AGENDA



© Romolo Tavanti - Fotolia.com

Récemment, un très beau documentaire, poignant, « Ces jeunes qui tombent » de Cécile Favier et Azzedine Zoghbi, nous rappelait l'importance de l'histoire dans nos actions, l'importance de l'engagement de ces acteurs de première ligne qui, dès les premiers instants, ont été là pour alerter, dénoncer, tenter de sauver. « Ces jeunes qui tombent » c'est l'histoire de l'héroïne en banlieue parisienne dans les années 1980. C'est l'histoire de ces morts par surdose, de ces contaminations et décès par le VIH, de ces familles meurtries à jamais.

L'importance pour nous de rappeler que notre dispositif addictologique n'aurait pu se construire sans la mobilisation de femmes et d'hommes, mé-

decins, travailleurs sociaux, usagers. Que ce que nous considérons comme acquis aujourd'hui aura vu le combat de nombreux acteurs. L'importance, aussi, en cette année d'élection de nous assurer que le débat sur la politique des drogues et ses conséquences ne soit pas oublié, que ces acquis ne soient pas remis en question, notamment sur les actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues dont les salles de consommation à moindre risque sont le dernier exemple, dispositif rendu fragile par le peu de structures habilitées et son caractère expérimental.

Ce numéro 28 de la *Lettre du Respadd* continue de porter cet engagement avec les acteurs

d'aujourd'hui. Engagement de futurs directeurs d'hôpitaux pour la prise en charge du tabagisme en milieu carcéral, celui des équipes mobilisées pour apporter une aide aux personnes vivant avec le VIH dans leur prise en charge tabac et alcool. Enfin, un bref retour sur les 3 colloques interrégionaux le Pharmacien d'officine face aux addictions nous rappellera l'importance de la mobilisation des équipes officielles pour l'addictologie et la réduction des risques.

Au nom du RESPADD et de son conseil d'administration, je vous souhaite une très belle année 2017.

Anne Borgne,
Présidente du Respadd



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

→ LE TABAGISME EN MILIEU CARCÉRAL : VERS UNE VÉRITABLE STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION

MARIE-LIESSE LEFRANC, PRISCA ORSONNEAU, KEVIN TORTET
ECOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Alors qu'environ 36 % des hommes fument en France, les rares études sur le tabac en détention soulignent que c'est le cas pour 81 % des hommes incarcérés de 18 à 54 ans⁽¹⁾. Si la loi du 18 janvier 1994 affirme un principe d'équivalence dans l'accès aux soins⁽²⁾, le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) n'est que partiellement décliné en détention et la réduction des risques et le sevrage demeurent des dispositifs marginaux et insuffisamment développés.

La socio-démographie des personnes incarcérées⁽³⁾, les fonctions de la cigarette en détention (plaisir, facteur de paix sociale, monnaie d'échange...), les polyconsommations⁽⁴⁾, ainsi que des conditions de détention marquées par le stress, la surpopulation et l'inactivité contribuent fortement à la prévalence du tabagisme. Si la vie en détention constitue un environnement peu favorable à l'arrêt du tabac, un lieu propice à l'initiation au tabac, nous pensons qu'une stratégie pragmatique de lutte contre la consommation, axée sur la réduction des risques davantage que sur le sevrage immédiat, est possible pour les personnes incarcérées.

→ UNE RÉGLEMENTATION PROGRESSIVE

La France permet l'achat de cigarettes en détention depuis 1983⁽⁵⁾, et autorise leur consommation dans les cellules et les cours de promenade. Le refus français de s'orienter vers une politique d'interdiction totale, comme dans certains pays anglo-saxons, emporte pour conséquence une obligation positive de préserver la santé des détenus non-fumeurs, l'administration pénitentiaire ne peut s'y soustraire pour des raisons d'organisation intérieure selon la jurisprudence⁽⁶⁾. Il semble par ailleurs que la lutte contre le tabagisme en prison n'est pas un sujet prioritaire au sein du débat public. Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des per-

sonnes sous main de justice propose quelques mesures, sans y consacrer de rubrique spécifique⁽⁷⁾.

→ DES PRATIQUES HÉTÉROGÈNES

L'absence de stratégie nationale et de standards communs de lutte contre le tabac, ainsi que les nombreux autres défis du milieu carcéral conduisent à une hétérogénéité des pratiques. L'accessibilité et la gratuité des traitements de substitution nicotinique varient d'un établissement à l'autre⁽⁸⁾. Dans les maisons d'arrêt, l'obligation d'encellulement individuel n'étant pas respectée, des détenus non fumeurs cohabitent avec des fumeurs. Les bonnes pratiques telles que l'intervention précoce d'un tabacologue et d'associations

spécialisées, l'organisation d'activités de détente ou d'ateliers de discussion dépendent de la politique des établissements.

→ LES ACTIONS À ENGAGER

On ne peut nier que l'arrivée en détention, qui provoque souvent une aggravation de la consommation (ou une entrée dans le tabac), n'est jamais le moment idéal pour un sevrage. Cependant, plusieurs mesures pourraient être engagées pour favoriser la réduction de la consommation de tabac au cours de la détention.

Au niveau national, il conviendrait d'établir une véritable stratégie de déclinaison du PNRT en détention en affirmant la spécificité de cette addiction et du contexte carcéral⁽⁹⁾. Cette stratégie permettrait de renforcer la collaboration des

(1) Harcouët L., Balanger S., Meunier N. *et al.*, « La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris-La Santé », *La Revue de médecine interne*, 29, 357-363, 2008, p. 357.

(2) Le principe d'équivalence est explicité par une circulaire du 8 décembre 1994, le but est « d'assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population ». Il est également rappelé dans le Plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Les trois axes retenus sont que « les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale », « les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral » et « la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé ».

(3) Ministère de la Justice, *Les chiffres clés de la justice*, 2015.

(4) Dans le mémoire du Dr Goubin C., *Évaluation des usages des substances psychoactives chez les mineurs incarcérés à l'établissement pénitentiaire pour mineurs d'Orvault en 2011* (mémoire de capacité en addictologie, université de Nantes, 2012), il est ainsi estimé que l'utilisation prolongée et régulière de drogues illicites douze mois avant l'incarcération concerne 33,3 % des détenus, dont notamment 29,8 % consommant du cannabis. 28 % d'entre eux consomment au moins deux substances psychoactives, l'association la plus fréquente étant l'alcool avec une drogue illicite.

(5) Voir thèse de Samuel d'Almeida-Launey *Le tabagisme en prison : définir une politique factuelle de santé*, soutenue le 3 juin 2016 ; co-directeurs : Daniel Nizri (IGAS) et Masoud Dara (OMS).

(6) Dans une décision du 25 janvier 2011, La CEDH précise que « l'État est donc tenu, nonobstant les problèmes logistiques et financiers, d'organiser son système pénitentiaire de façon à assurer aux détenus le respect de leur dignité humaine ». Cette jurisprudence est reprise par le tribunal administratif de Caen en date du 24 septembre 2015, req n° 1500035.

(7) Un paragraphe intitulé « substituts nicotiniques » (partie I-C-b), est inséré dans un chapitre « prévention, repérage et prise en charge des conduites addictives » (octobre 2012, p. 168).

(8) Une étude des pratiques de prescription de traitements de substitution nicotinique (TSN), réalisée par la DGS, montre des écarts en matière de taux de substitution entre établissements : le taux de substitution moyen s'élevait à 5 % des détenus en recherche active de sevrage en 2012, il était de 3 % en maison d'arrêt, 5 % en centre de détention et 28 % en établissement pénitentiaire pour mineurs. Voir Barbier C., Mauillon D., « Prescription des traitements de substitution nicotinique en milieu carcéral », *La Lettre du RESPADD*, janvier 2016, n° 25.

(9) Certaines campagnes destinées à la population générale peuvent prendre une autre dimension en prison : ainsi une campagne de l'Inpes autour de la notion de « liberté » (2014) a reçu un accueil très réservé dans le milieu carcéral, elle invitait notamment à répondre à la question « Libre ou pas ? ».



© saakhom38 - Fotolia.com

acteurs institutionnels⁽¹⁰⁾ et de fixer des standards communs. Il conviendrait en outre de répertorier et diffuser les bonnes pratiques, d'y sensibiliser personnels pénitentiaires et soignants et d'entamer une réflexion collective sur les stratégies sanitaires de lutte contre le tabac. Il convient de rendre effectif l'accès à la cigarette électronique partout sur le territoire ou encore de proposer un accompagnement qui dépasse la simple prise en charge médicamenteuse (activités sportives, culturelles, etc.).

Plusieurs axes d'amélioration permettraient de développer les outils de lutte contre le tabagisme en détention. La participation d'associations spécialisées, comme le RESPADD, favoriserait une prise en charge spécifique qui fait défaut actuellement (formation à l'entretien motivationnel, etc.). Au-delà des espaces de discussions collectifs, une réflexion doit également être menée afin de favoriser la co-construction des outils avec les personnes détenues, pour favoriser leur adhésion⁽¹¹⁾. Enfin, les modalités de sevrage à distance mé-

riteraient d'être développées, alors que les détenus sont de fait privés d'accès à des sites tels que Tabac Info Service⁽¹²⁾. Cela pose la question de l'accès à internet et aux infrastructures sportives. Plus généralement, c'est toute une culture qu'il faut changer : le détenu devient un patient, la réduction des risques un objectif partagé par l'administration pénitentiaire et la santé. La santé des personnes incarcérées est fortement corrélée aux conditions de détention, et l'efficacité de toute stratégie de lutte contre le tabagisme reposera sur notre capacité à l'accompagner d'une réflexion globale sur les conditions de vie des personnes détenues et leur réinsertion. ■

Cet article a été rédigé à la suite de la publication du rapport « Peut-on réduire la consommation de tabac en milieu carcéral ? Enjeux, limites et stratégies opérationnelles » réalisé dans le cadre du module inter-professionnel de l'EHESP de mai 2016.

(10) Agence régionale de santé (ARS), Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Etablissements publics de santé (EPS).

(11) Un appel à projet relatif à la promotion de la santé en milieu pénitentiaire, publié par l'agence Santé Publique France (ex-Inpes), soutient les actions partant des besoins des détenus : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/santepenitentiaire/pdf/EXPERIENCES%20PILOTES%20INPES%2002%2002.pdf>

→ L'IVRESSE DU SOLDAT

CHARLES RIDEL

Editeur : Vendemiaire - 432 pages.

Picrate, pive, pinasse, picmuche, fuchsia, rouquin, rougnet, gros bleu, crassi... L'imagination des soldats de la Première Guerre mondiale, lorsqu'il s'agissait de nommer le vin, n'avait pas de limites. Car les poilus aimaient « le pinard d'un amour qui frise la passion ». On l'assimilait volontiers, dans les journaux du front ou les chansons de circonstance, au sang du sacrifice, à la fécondité, voire au génie de la patrie.

C'est cette histoire sensible et sensorielle qui est ici retracée : Blaise Cendrars se rasant au gros rouge par manque d'eau ; la hantise de perdre son quart, que l'on emporte partout avec soi, même s'il étincelle au soleil et risque d'alerter l'ennemi ; les pillages du printemps 1918, lorsqu'après le recul des Allemands on organise des festins au champagne dans les tranchées de la Marne... Les rations de vin et d'eau-de-vie, distribuées



quotidiennement, étaient devenues, pour le commandement, un élément essentiel de l'effort de guerre. En 1918, on put affirmer que « le général pinard » avait été « l'un des vainqueurs de la guerre ». Ces mêmes années de l'après-guerre virent l'apparition d'un nouveau fléau, le « vinisme ». Parmi cette génération d'anciens combattants, combien furent marqués à jamais par l'alcoolisme, ce mal indispensable à qui voulait surmonter l'horreur de la bataille ?

→ SURDOSES ET INÉGALITÉS SOCIALES

ALAIN ORIGER

Editeur : Academia - 202 pages.

Afin de mieux saisir l'enjeu des inégalités sociales dans la mortalité liée aux drogues illicites, un ensemble de recherches innovantes, menées au Luxembourg et s'appuyant sur une revue de littérature scientifique abondante, ont analysé le lien entre mortalités par surdose et inégalités socio-économiques des usagers suivis sur 18 ans. Cet ouvrage fournit aux décideurs politiques, aux intervenants en toxicomanie et aux



professionnels de santé et du social de l'aide pour pouvoir mieux décider et agir.

→ NOUVEAU RAPPORT SUR LE CANNABIS ET LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Financée par l'Association canadienne des automobilistes (CAA), cette étude menée par la Fondation de recherches sur les blessures de la route examine les priorités qui devront être traitées dans le cadre du processus fédéral de légalisation du cannabis afin de prévenir et de réduire la conduite sous l'influence de drogues. Les thèmes abordés sont les effets du cannabis sur la conduite ; la législation et les sanctions ; les stratégies de mise en œuvre ; les perceptions du public à l'égard des effets du cannabis et l'éducation du public.



http://www.grea.ch/sites/default/files/tirf_druggeddriving_policy_challenges_13_published_fr.pdf

→ ÉVALUATION D'UNE PRISE EN CHARGE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE AU SEIN D'UNE POPULATION DE PVVIH : ÉTUDE TAVIH

A. FREIRE MARESCA, M. PARADIS, K. LURBE PUERTO, S. GREFFE, A. BEAUCHET, L. MEAUDE, K. BERKANE, J. BEAUMET, E. ROUVEIX AP-HP, GHUPIFO, CHU AMBROISE PARÉ / BOULOGNE – anaenza.maresca@daphp.fr

Depuis la CROI 2010 (*Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*) les messages prônant le sevrage tabagique pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) se sont intensifiés. L'approche pluridisciplinaire des PVVIH suivis dans un service de médecine interne et l'engagement d'une tabacologue nous ont motivé à mener l'étude TAVIH, financée par INCa, leur proposant une aide standardisée et gratuite au sevrage tabagique.

→ CONTEXTE

Selon l'étude VESPA 2-2013 la prévalence du tabagisme parmi les PVVIH est estimée à 38 % par rapport aux 28,2 % en population générale (InVS 2014). Selon l'enquête ANRS mortalité 2010, la mortalité liée au SIDA ne représente plus que 25 % des décès. En revanche 22 % des décès sont liés à des cancers non classant SIDA. Le cancer du poumon représente 38 % de causes de mortalité par cancer non lié au SIDA. Une étude de cohorte menée au Danemark entre 1995 et 2010 sur 2 921 PVVIH sous traitement antiré-

troviral (ARV) a observé que les fumeurs VVIH ont une espérance de vie réduite de 12,3 années IC95 % (11,5 -13,0) par rapport aux 5,1 années chez les PVVIH n'ayant jamais fumé (Helleberg M *et al.* Clin Infect Dis. 2012 Dec 18). Une aide à l'arrêt du tabagisme recommandée par l'AFSSAPS en 2003 et l'HAS en 2007, comprend un conseil médical, un suivi, des traitements de substitution nicotinique et un soutien psychologique afin de réduire les comorbidités somatiques liées au tabac, notamment le cancer.

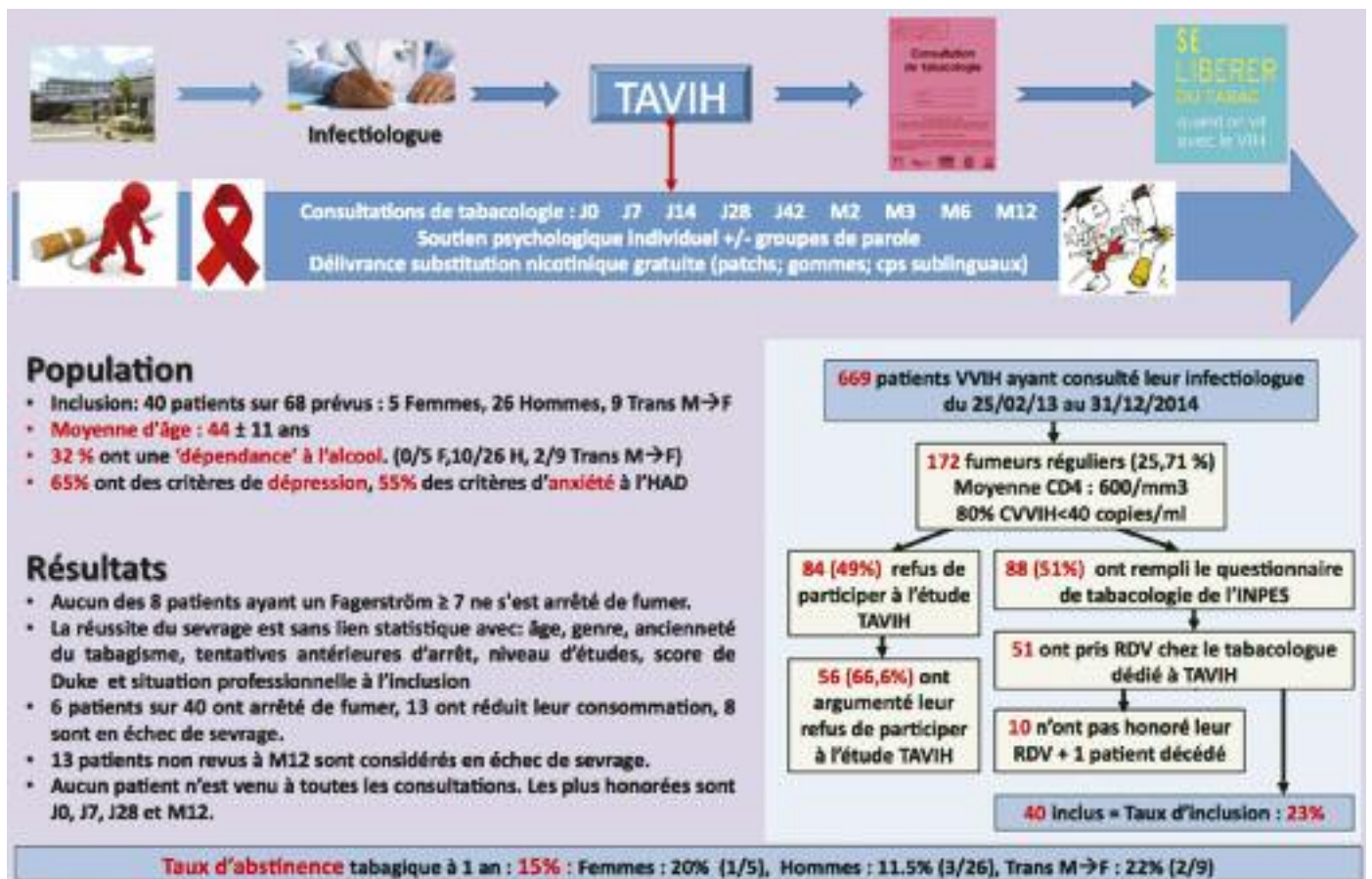
→ OBJECTIF

Le but de l'étude TAVIH a été d'évaluer l'abstinence tabagique à 1 an avec aide au sevrage tabagique standardisée et gratuite au sein d'une population de PVVIH.

→ MÉTHODE

Il s'agit d'une étude monocentrique, financée par l'INCa, prospective en soins courants basée sur l'analyse des auto-questionnaires de l'INPES avec recueil des données dans la base CDT net. L'aide au sevrage a été proposée à tous les PVVIH

fumeurs suivis dans le service de médecine interne de l'hôpital Ambroise Paré. Les inclusions proposées par l'infectiologue et l'attachée de recherche clinique, ont eu lieu de juillet 2013 à décembre 2014 (18 mois) et 12 mois de suivi standardisé avec consultation et délivrance des traitements de substitution nicotinique par un tabacologue à J0, J7, J28, J42, M2, M3 M6 et M12 à partir de l'inclusion. Un soutien psychologique et/ou groupe de parole ont été proposés tout au long de l'étude.



→ POPULATION ET RÉSULTATS

172 des 669 patients VIH ayant consulté leur infectiologue du 25/02/2013 au 31/12/2014 étaient fumeurs réguliers (25,71 %). Leur moyenne de CD4 était à 600/mm³ et 80 % avaient une charge virale (CV) VIH < 40 copies/ml. 84/172 fumeurs (49 %) n'ont pas souhaité engager un sevrage tabagique, 88 (51 %) ont rempli le questionnaire de tabacologie de l'INPES. 40/172 patients (23 %) dont 5 femmes 26 hommes et 9 transgenres M→F âgés de 44 ± 11 ans ont été inclus. 32 %, soit 12 des patients inclus, dont 10 hommes et 2 Trans M→F avaient des troubles de la consommation d'alcool selon DETA. Parmi les 40 patients inclus, 65 % (26) avaient des critères de dépression et 55 % (22) d'anxiété à l'HAD. Le taux d'abstinence tabagique à 1 an est de 6/40 (15 %). Selon le genre : une des cinq femmes (20 %), 3 des 26 hommes (1,5 %) et 2 des 9 Trans M→F sont sevrés du tabac. 13 des 40 (32,5 %) patients inclus ont réduit leur consommation. 8 sont en échec de sevrage et 13 non revus à M12 sont aussi considérés en rupture de suivi donc en échec. Aucun des 40 patients inclus n'est venu à toutes les consultations. Les rdv de consultations plus honorés sont ceux de J0, J7, J28/M1 et M12. Aucun des patients ayant un score de Fagerström (TDN) > 7 ne s'est arrêté de fumer. Ni l'âge, ni le genre, ni l'ancienneté du tabagisme, ni les tentatives antérieures d'arrêt, ni le niveau d'études, ni la situation professionnelle, ni le score de Duke n'influaient sur le taux de réussite du sevrage tabagique.

→ DISCUSSION

Le taux de refus (49 %) des PVIH pour engager un sevrage tabagique est élevé. Le protocole de suivi classique et standardisé au sevrage tabagique, actuellement proposé, est probablement peu adapté, car contraignant, aux PVIH ayant régulièrement recours à des soins somatiques et parfois psychologiques. Leur taux de succès immunovirologique :

moyenne de CD4 à 600/mm³ et 80 % de CV VIH < 40 copies/ml laissent présager une bonne observance au suivi et traitement de l'infection à VIH (Mary-Krause *et al.* FHDH-ANRSC04 -Int J Epidemiol 2014).

Le taux d'abstinence dans TAVIH, centrée sur une population de PVIH, est proche de celui issu de la méta-analyse Cochrane de 2004 (15 % vs 13,7 %), aucun des patients ayant une forte ou très forte dépendance à la nicotine (TDN-Fagerström ≥ 7) ne s'est arrêté de fumer. Il reste supérieur à celui issu de la méta-analyse Cochrane de 2016 (15 % vs 8 %) comprenant 12 études ciblant les PVIH dont la moyenne du TDN de 5 à 7.

Le protocole TAVIH ne proposait pas de réduction de consommation du tabac, alors que cela réduit au moins les risques cardio-vasculaires (Pisinger C & Godtfredsen NS. Nicotine Tob Res. 2007 Jun ; 9(6) : 631-46) déjà majorés par le VIH (Nou E, Lo J, Grinspoon SK. AIDS. 2016 Jun 19 ; 30(10) : 1495-509) et certains ARV (Boccaro *et al.* JACC Vol. 61, N° 5, 2013).

Le début de commercialisation de la cigarette électronique, concomitante à l'instauration de l'étude, a été une possible concurrence aux soins proposés par TAVIH dont les données restent à évaluer.

→ CONCLUSION

Même si l'effectif de patients inclus est faible, leur difficulté à suivre le protocole de soins préconisé dans le sevrage tabagique nous amène à conclure que le type de sevrage proposé n'est pas adapté à cette population. Ne faut-il pas développer pour les PVIH un modèle de prise en charge intégrée au rythme de leur suivi habituel ? Il faut investir dans les interventions brèves sur la consommation tabagique des PVIH, colliger les données de (auto) sevrage tabagique par l'utilisation de la e-cigarette par les PVIH. D'autre part, la question d'un accompagnement d'une réduction de consommation du tabac se pose d'autant plus chez les PVIH pour réduire les risques cardiovasculaires. ■

→ PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN SANTÉ MENTALE 2016

HAL ARKOWITZ, WILLIAM R. MILLER, STEPHEN ROLLNICK
424 pages – Editeur : InterEditions
S'inscrivant dans le mouvement à la fois intégratif et transdiagnostique qui s'affirme ces dernières années dans le champ de la psychologie et de la psychothérapie, l'ouvrage décrit comment pratiquer l'EM dans le champ de la santé mentale. Il montre que, l'EM peut être utilisé au-delà de la motivation, pour traiter et modifier certains mécanismes cognitifs et émotionnels à l'œuvre dans bon nombre de difficultés et de troubles psychologiques. De la dépression aux troubles obsessionnels compulsifs, du trouble de stress post-traumatique aux troubles du comportement alimentaire, du sevrage tabagique au jeu pathologique, c'est un large spectre du champ



de la clinique psychologique et psychiatrique qui est abordé dans cet ouvrage par les plus importants spécialistes. Riche en exemples d'application, cet ouvrage permettra à son lecteur de comprendre comment intégrer cette approche dans sa pratique clinique. Une référence pour tous les soignants en santé mentale dans l'accompagnement au changement de leurs patients.

→ LA "NOUVELLE" FAÇADE SCIENTIFIQUE DES ALCOOLISERS : LA FRA, FONDATION POUR LA RECHERCHE EN ALCOOLOGIE

RIGAUD ALAIN, BASSET BERNARD, LECAS FRANCK
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, octobre 2016, 16 pages.

Le lobby de l'alcool, tout comme le lobby du tabac, et sur le même modèle, a développé depuis des décennies une stratégie d'influence qui repose notamment sur une présence partout où le sujet de la consommation d'alcool et de ses effets peut être évoqué. Cette occupation du terrain, pourrait-on dire, vise à prévenir ou atténuer une présentation négative des boissons alcooliques qui aurait un impact commercial. Ainsi le lobby de l'alcool en France a investi depuis 1971 le champ scientifique en créant son propre organisme,



l'Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (IREB). Aujourd'hui, cette façade scientifique des alcoolisiers se transforme et devient la Fondation pour la Recherche en Alcoologie (FRA). Il importe donc d'analyser les buts poursuivis par cette évolution et ses conséquences. <http://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/alcool/833-decryptages-19-nouvelle-facade-scientifique-alcoolisiers-fra-fondation-recherche-alcoologie>

→ GUIDE POUR FACILITER LES DISCUSSIONS SUR LA CONSOMMATION DE CANNABIS CHEZ LES JEUNES DANS VOTRE COMMUNAUTÉ

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), 2016, 24 pages.
Ce document offre aux personnes qui travaillent auprès des jeunes les ressources dont elles ont besoin pour organiser des discussions publiques au sujet de la consommation de cannabis chez les jeunes.



→ ENQUÊTE ALVIH : REPÉRAGE PRÉCOCE DES CONSOMMATEURS EXCESSIFS D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH)

ADELINE FOLTZER – COORDINATRICE MÉDICALE COREVIH FRANCHE-COMTÉ, CHRU / BESANÇON

→ INTRODUCTION

La prévalence des conduites addictives est plus fréquente chez les PVVIH que dans la population générale et notamment la consommation d'alcool. Dans l'enquête française VESPA 2⁽¹⁾, 27 % des PVVIH traités par antirétroviraux présentaient une consommation à risque d'alcool (test AUDIT C) et 9,4 % des épisodes réguliers d'alcoolisation massive (*binge drinking* défini par plus de 6 unités au moins 2 fois par mois). Une étude réalisée au CHU de Montpellier en 2013⁽²⁾ objectivait 14 % de consommateurs excessifs chez les PVVIH et 8 % de troubles sévères liés à l'usage d'alcool (score AUDIT). Chez les PVVIH, il a été démontré que la consommation d'alcool excessive est associée à une limitation de l'accès aux soins et à une diminution de la qualité de prise en charge ; elle est corrélée à une diminution de l'observance aux antirétroviraux et à une augmentation des prises de risque.

Le Corevih de Franche-Comté a mené une réflexion sur l'intérêt du repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) chez les consommateurs excessifs d'alcool parmi les PVVIH suivis au sein du Corevih et a organisé des séances de formations animées par le docteur Annie Quantin et Joël Fiardet (groupe Addictions Franche-Comté). Cette formation avait pour objectif d'apprendre aux professionnels de santé en lien avec les PVVIH à repérer les consommateurs excessifs d'alcool et à délivrer une intervention courte pour améliorer la santé des personnes en diminuant leur consommation d'alcool.



(figure 1)

Il a été démontré qu'une intervention comportant un conseil bref pouvait réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifs ; il s'agit d'une action thérapeutique dirigée vers les personnes dont l'utilisation de l'alcool est encore peu dommageable.

La consommation excessive d'alcool chez les PVVIH est probablement sous-estimée et rarement abordée lors du suivi des PVVIH, or il est important que les cliniciens VIH soient sensibilisés et intègrent dans leur pratique le RPIB.

Cette réflexion a conduit à la mise en place d'une enquête auprès des PVVIH suivies au sein du Corevih de Franche-Comté les interrogeant sur leur consommation d'alcool ; elle a été proposée à toutes les PVVIH vues en consultation dans les services de prise en charge du VIH au CHRU de Besançon entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2016.

→ OBJECTIFS ET MÉTHODES

Les objectifs de l'enquête étaient d'interroger les patients sur leur consommation d'alcool en utilisant les recommandations OMS (> à 3 verres par jour ou > à 21 verres par semaine et/ou > à 5 verres par occasion chez l'homme et > à 2 verres par jour ou > à 14 verres

par semaine et/ou > à 4 verres par occasion chez la femme) et la pyramide de Skinner (figure 1) (dépendant, consommateur à faible risque, abstinent), d'évaluer la consommation d'alcool et l'alcoolodépendance par le score AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) recommandé par l'OMS, de proposer une intervention brève aux personnes ayant un score AUDIT intermédiaire, d'orienter les personnes alcoolodépendantes vers une structure spécialisée (CSAPA, ELSA) et de comparer les différents outils du repérage d'une consommation excessive d'alcool.

Les patients ayant un score AUDIT > 12 étaient considérés comme dépendants et les patients ayant un score AUDIT ≥ 8 et ≤ 12 comme consommateurs excessifs. Plus largement, les patients ayant un score AUDIT ≥ 8 étaient considérés comme des consommateurs à problème.

→ RÉSULTATS

Données descriptives démographiques

83 patients ont été inclus (61 H / 22 F), soit 14 % de la file active ; l'âge médian est de 52 ans, 19 % ont plus de 60 ans, 58,2 % des patients inclus ont un mode de contamination homo-bisexuel (HSH), 65,8 % vivent avec le VIH depuis plus de 10 ans, 58,2 % sont traités par antirétroviraux depuis plus de 10 ans, 12,6 % sont co-infectés par les hépatites, 27,8 % sont fumeurs, 60,7 % ont une activité professionnelle, 58,2 % vivent en couple, les CD4 médians sont de 528/mm³ et 90 % des patients ont une charge virale VIH inférieure à 20 copies/ml.



Données descriptives concernant la consommation d'alcool

- 15,2 % ont une consommation d'alcool excessive selon les recommandations OMS,
- 79,7 % se considèrent à faible risque sur la pyramide de Skinner et 6,3 % se considèrent consommateurs à problème,
- 8,9 % sont dépendants et 7,6 % ont une consommation excessive selon le score AUDIT, ce qui fait un total de 16,5 % de PVVIH avec une consommation problématique.

Corrélations

- Parmi les fumeurs, 18,2 % ont un score AUDIT ≥ 8 (vs 15,8 % chez les non fumeurs) ;
- Parmi les actifs professionnels, 14,6 % ont une consommation problématique (vs 19,3 % chez les non actifs) ;
- Parmi les personnes ayant un score AUDIT ≥ 8 , 46 % sont HSH (vs 30,8 % hétérosexuels) ;
- Parmi les personnes ayant un score AUDIT ≥ 8 , 15,4 % ont une charge virale > 20 copies/ml et parmi les consommateurs à faible risque selon AUDIT, 13,6 % ont une charge virale > 20 copies/ml ;
- Parmi les personnes ayant un score AUDIT ≥ 8 , seuls 38,5 % se considèrent à problème (Skinner) et parmi les consommateurs à faible risque selon eux, 12,7 % ont un score AUDIT ≥ 8 ;
- Parmi les consommateurs excessifs selon les critères OMS, 75 % ont un score AUDIT ≥ 8 et parmi les patients ayant un score AUDIT ≥ 8 , 69,2 % sont des buveurs excessifs selon l'OMS.

(1) Michel L, Carrieri MP, Fugon L et al. Harmful alcohol consumption and patterns of substance use in HIV-infected patients receiving antiretrovirals (ANRS-EN12-VESPA Study): relevance for clinical management and intervention. *AIDS Care* 2010 sept ; 22 (9): 1136-45. doi:10.1080/09540121003605039

(2) Jean-Marc-Jacquet, « Repérage précoce & intervention brève (RPIB) en addictologie auprès de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies au CHU de Montpellier : étude transversale de prévalence des consommations d'alcool, de tabac et de substances psycho-actives (SPA) », *Mémoire de capacité d'addictologie clinique* sous la direction de Pascal Perney, Montpellier, UFR de médecine Montpellier-Nîmes, 2014.

→ « LE PHARMACIEN D'OFFICINE FACE AUX ADDICTIONS » : TROIS COLLOQUES INTERRÉGIONAUX POUR RAPPELER AVEC FORCE LE RÔLE INCONTOURNABLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE EN ADDICTOLOGIE

ANNE-CÉCILE CORNIBERT, ÉMILIE BEAUVILLIER – CHARGÉES DE PROJETS, RESPADD

Le RESPADD organisait, à l'automne 2016, trois colloques interrégionaux intitulés « Le pharmacien d'officine face aux addictions » à destination des pharmaciens, des acteurs de l'addictologie et plus généralement de la santé publique.

Ces trois colloques, soutenus par la Direction générale de la santé, dans la continuité des actions que le RESPADD mène depuis près de dix ans en direction des pharmaciens d'officine, faisaient suite à l'évaluation en 2015 de trois Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP). Collaboratif, ce travail d'évaluation, inédit dans sa forme, a bénéficié d'un fort investissement du CAARUD ATYPIK pour le Pas-de-Calais, du CAARUD LOGOS pour le Gard et de l'association AIDES pour les Deux-Sèvres.

Déclinées à Nîmes, Poitiers et Lens, ces trois manifestations ont connu un réel succès, avec pas moins de 160 participants. Très stimulantes et riches intellectuellement – en témoignent les nombreux échanges suscités et les questionnements soulevés par les participants – elles ont permis de valoriser à sa juste mesure le rôle de santé publique du phar-

macien. Issues d'une concertation avec les équipes engagées sur le terrain et dans une perspective d'échange de bonnes pratiques et de valorisation des initiatives locales, elles ont pu manifester à cet égard les belles dynamiques de réseaux à l'œuvre dans ces trois territoires spécifiques.

Comment optimiser le repérage précoce intervention brève en officine ? Comment faire bénéficier les équipes de terrain des données de l'addictovigilance ? Comment les acteurs de la prévention et les pharmaciens peuvent-ils ensemble faciliter le parcours de soin des usagers de drogues ? Quelles pistes de développement pour les programmes d'échange de seringues en pharmacie ? Des programmes de santé publique évolutifs, des acteurs de plus en plus engagés, des réseaux structurés et soutenus au niveau régional, tels sont quelques-uns des enseignements issus de ces trois journées régionales.



Du côté des dispositifs d'échange de seringues et d'accompagnement des usagers de drogues, on a pu observer là aussi une véritable mobilisation des acteurs de première ligne et une forte créativité pour conférer à ces programmes la visibilité qu'ils méritent, tant on sait leur impact sur la réduction des risques de contamination VHC et VIH et les possibilités de dialogue qu'ils ouvrent entre les usagers et les équipes officinales. Dans un territoire très étendu comme celui du Gard, des pistes innovantes ont ainsi été décrites, en particulier des expériences probantes où les personnes référentes des CAARUD vont à la rencontre des usagers au sein de pharmacies

isolées sur des territoires ruraux. C'est le cas notamment dans l'Ariège où la force du réseau de soin se met au service des usagers. A Lens c'est toute une dynamique de rapprochement des acteurs de terrain et de formation des équipes officinales qui a été déployée. Tandis qu'à Niort, le CAARUD AIDES se constitue comme la structure référente qui permet aux équipes officinales d'orienter les usagers vers une offre de soin et d'accompagnement optimale : des stratégies spécifiques répondant à des territoires ayant chacun une histoire et un contexte socio-sanitaire uniques.

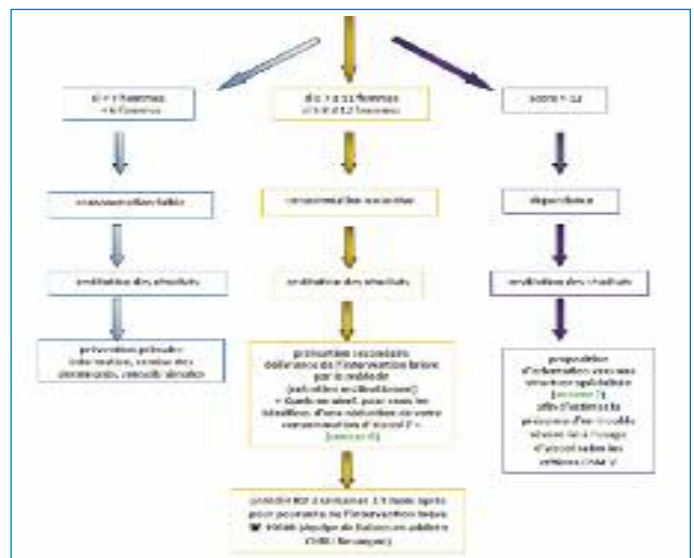
Tout au long de ces journées, nous avons pu nous réjouir du fort engagement et de la détermination de professionnels de santé qui s'inscrivent de plein pied dans une démarche résolue et non discriminante de réduction des risques à l'attention des usagers du système de santé. ■

→ CONCLUSION ET DISCUSSION

Dans cette enquête, **16,5 % des PVVIH** ont une consommation problématique d'alcool alors que plus de la moitié de ces personnes se considèrent à faible risque d'où l'intérêt d'utiliser différents outils pour dépister une consommation excessive chez les PVVIH ; en raison du faible effectif des patients inclus dans l'enquête, il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre la consommation d'alcool et les données démographiques même si les consommateurs excessifs sont plus souvent fumeurs ou inactifs sur le plan

professionnel. Du fait d'un grand nombre de patients traités par antirétroviraux en succès virologique dans l'étude, il n'a pas été retrouvé de corrélation entre la consommation excessive d'alcool et l'échec thérapeutique.

Il est établi que la consommation excessive d'alcool a un impact sur l'observance et la qualité de la prise en charge des PVVIH, d'où l'importance de sensibiliser et former les cliniciens VIH au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) en alcoologie. ■



_ ADDICTOLOGIE

Le vendredi 7 octobre 2016 s'est déroulée dans le hall de l'hôpital d'Orsay la première journée **Portes Ouvertes sur le thème des addictions en milieu professionnel**. Organisée et pilotée par le groupe de prévention des addictions de l'hôpital d'Orsay et la direction des ressources humaines, cette journée a permis aux différents agents hospitaliers, patients et visiteurs de rencontrer les professionnels de l'addictologie : médecins gastro-entérologue, pneumologue et psychiatre, infirmiers, assistante sociale et psychologues du CSAPA d'Orsay, médecine préventive. De l'alcool au tabac, en passant par le cannabis, le jeu, les médicaments et les addictions sexuelles, un vaste champ a été ainsi proposé à l'information des usagers. La présence de différents partenaires tels que le RESPADD, la Police Nationale, Additra et la MNH a permis l'animation de cette journée dans la convivialité et la bonne humeur. ■



_ LIRE UTILE

→ ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES UTILISATEURS DE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE OCTOBRE 2016

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé.

Même si l'engouement remarqué en 2012-2013 s'est ralenti, la cigarette électronique fait aujourd'hui partie du paysage des fumeurs qui cherchent une alternative au tabac et à l'abstinence. Les tabacologues ont à répondre à la demande grandissante des fumeurs et à adopter une position claire face à ce dispositif. Les résultats présentés sont issus d'une étude qualitative réalisée avec le soutien financier de la Direction Générale de la Santé.



Elle a été conduite en France, de septembre 2014 à janvier 2016 et se fonde sur un travail de terrain classique en ethnologie : observations lors d'événements regroupant des usagers de cigarettes électroniques et entretiens semi-directifs réalisés avec des profils variés permettant de défricher un champ encore méconnu.

Quelle place prend ce dispositif dans la vie quotidienne des fumeurs ? En quoi cet usage modifie-t-il leur rapport au tabac, et plus largement à la dépendance ? Cette étude contribue à l'observation et à la compréhension d'un phénomène naissant, susceptible de changer durablement notre rapport au tabac. Elle montre la grande variété des profils, parmi les fumeurs, intéressés par la cigarette électronique. Hommes, femmes, jeunes ou anciens fumeurs, adoptent des postures différentes au moment d'essayer ce dispositif et les usages évoluent dans les mois qui suivent cette expérimentation.

Rapport téléchargeable à : <http://asso.lrsh.free.fr/>

→ LA COMMUNICATION PROFESSIONNELLE EN SANTÉ 2^E ÉDITION

CLAUDE RICHARD, MARIE-THÉRÈSE LUSSIER
Editeur : Erpi - Le Renouveau Pédagogique.

L'ouvrage *La communication professionnelle en santé* place la communication et les professionnels de la santé au premier plan. Ses auteurs font un tour d'horizon complet de ce qu'est la communication dans les différentes disciplines de la santé : diversité de patients, de situations et d'intervenants. Son objectif, atteint, consiste à élargir son contenu et sa portée à tous les aspects de la communication. Dans cette deuxième édition revue et augmentée, les auteurs résument les apports de la recherche en communication à ce



jour, en accordant une attention spéciale aux modèles théoriques et pratiques pouvant aider les professionnels de la santé dans leurs relations avec leurs patients. De plus, ils proposent une approche éthique de l'ensemble du processus communicationnel en santé. Enfin, ils adaptent les différentes approches théoriques à différentes populations de patients et à différents contextes, en fournissant des exemples pratiques très utiles.



→ MAAD DIGITAL : UN NOUVEAU SITE WEB SUR LES ADDICTIONS ÉLABORÉ POUR ET PAR LES JEUNES !

La MILDECA et l'Inserm en collaboration avec l'association l'Arbre des connaissances, lancent www.maad-digital.fr, un site web d'information scientifique sur les addictions construit avec et pour les jeunes. Grâce au concours de scientifiques reconnus, ce nouveau site propose de nombreux contenus dynamiques et fiables adaptés aux attentes des 13/19 ans. Les articles décryptent l'information scientifique sur les addictions à l'alcool, au tabac, et aux drogues illicites dans un langage et sur des supports adaptés aux usages multimédia des jeunes. <http://www.maad-digital.fr/>

_ AGENDA

HR17 MONTRÉAL

→ LA 25^E CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES SE TIENDRA DU 14 AU 17 MAI 2017 À MONTRÉAL.

Cet événement est l'occasion pour tous les professionnels, intervenants, acteurs des politiques publiques, usagers, chercheurs, de venir présenter et partager leurs enjeux, innovations, questionnements, avec des collègues du monde entier. Organisée par Harm Reduction International et AIDQ, cette conférence aura pour thème « Être au cœur de la réponse ». Elle sera précédée le samedi 13 mai d'une conférence francophone organisée par l'AIDQ en partenariat avec la Fédération Addiction, la Fedito et le GREA. Cette édition prendra une résonance particulière dans la dynamique de réflexion internationale sur la politique mondiale des drogues, un an après l'UNGASS 2016 durant lequel la RdR a été l'objet de longs débats et de plusieurs tables rondes, et 2 ans avant la prochaine session extraordinaire de l'assemblée générale de l'ONU en 2019. Elle valorisera les éléments permettant de réviser la politique mondiale pour sortir de la guerre à la drogue.

La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd
Janvier 2017 - N° 28
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 :
A. Beauchet, J. Beaumet,
Émilie Beauvillier, K. Berkane,
Nicolas Bonnet, Anne Borgne,
Anne-Cécile Cornibert, Adeline Foltzer, A. Freire Maresca,
S. Greffe, Marie-Liesse LeFranc,
K. Lurbe Puerto, L. Meaude,
Prisca Orsonneau, M. Paradis,
E. Rouveix, Kevin Tortet
Secrétariat : Maria Baraud
Ont collaboré à ce numéro :

Nicolas Bonnet,
Anne Borgne,
© Textes et visuels : Respadd 2017
Bernard Artal Graphisme
Imprimerie Peau
Tirage : 4 000 exemplaires