

→ Colloque

Organisé dans le cadre de la
JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC 2015
En association avec la Fédération Addiction

PROGRAMME

Tabagisme et

WU

RABI-

LITÉS

> PRÉCARITÉ

> VIH

> INCARCÉRATION

> SANTÉ MENTALE

> TOXICOMANIE

→ 28 MAI 2015

AMPHITHÉÂTRE DE LA MGEN

3, SQUARE MAX-HYMANS - 75015 PARIS

Informations et inscriptions : www.respadd.org



Sommaire

INTRODUCTION	3
• Anne Borgne, présidente du RESPADD	3
CONFÉRENCES PLÉNIÈRES	3
• Prise en charge du tabagisme chez les patients atteints de cancer	3
• Impact du statut socio-économique sur le tabac	7
TABLE RONDE : TABAC ET VIH	10
• Tabac et VIH : Epidémiologie et enjeux	10
• Qualité de vie, qualité des soins : aide au sevrage tabagique	11
• Les séjours d'aide à l'arrêt du tabac à la maison de vie	12
TABLE RONDE : TABAGISME ET INCARCERATION	14
• Place du tabac en milieu carcéral	14
• La tabacologie en milieu carcéral	16
• Actions de prévention du tabagisme au quartier pour mineurs du Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gragignan	18
TABLE RONDE : EXPÉRIENCES INNOVANTES D'UTILISATION DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE	21
• Cigarette électronique en CAARUD	21
• Le vapoteur personnel en maison d'accueil spécialisée pour patients atteints de syndrome de Korsakoff	22
CONCLUSION	23
• Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction	23

INTRODUCTION

● Anne Borgne, présidente du RESPADD

Anne Borgne est heureuse d'ouvrir la 20^e journée sur le tabac organisée par le RESPADD. L'OMS propose chaque année un thème dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac. Cette année la thématique choisie est la lutte contre le commerce illicite. Le RESPADD n'a pas souhaité traiter ce sujet estimant qu'il n'était pas de son rôle de débattre de la contrebande. Ce colloque est donc consacré au tabagisme et aux vulnérabilités. Plusieurs types de vulnérabilités seront abordés au cours de cette journée : vulnérabilité sociale, cancer, VIH et incarcération. Il a également été décidé, compte tenu de l'actualité, d'aborder en fin de colloque la question de la cigarette électronique. Deux utilisations un peu particulières de ce produit seront présentées.

Anne Borgne rappelle que les 20^{es} rencontres du RESPADD se dérouleront les 25 et 26 juin prochains à Paris.

CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

Ⓢ Prise en charge du tabagisme chez les patients atteints de cancer

● Antoine Deutsch
INCa

On connaît le poids du tabac dans la mortalité, toutes populations confondues. Il demeure, de loin, le premier facteur de risque de cancer. Il est responsable de 78 000 décès annuels, dont 47 000 par cancers. 30 % des décès par cancers sont ainsi imputables au tabagisme. Outre le fait d'être le responsable majeur des cancers du poumon (les plus mortels et incidents), le tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers qui concernent 17 organes (cavités nasales, bouche, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colon, rectum et ovaire)

En 2008, 3 millions de personnes ont eu un cancer en France. Compte tenu des progrès thérapeutiques sur certains cancers, du vieillissement de la population et de l'allongement de la survie, ce chiffre risque d'augmenter. Il est donc important – le Plan Cancer en a fait une de ses ambitions – de systématiser l'arrêt du tabac et l'accompagnement chez tous les patients fumeurs atteints de cancer. C'est l'enjeu du travail de l'INCa en cours dont l'objectif est de sensibiliser et de convaincre, via un argumentaire scientifique, les professionnels de santé de l'intérêt de l'arrêt après un diagnostic de cancer. Plusieurs enquêtes ont été réalisées pour connaître les représentations et les attentes des professionnels de santé et des patients en matière de conseils de prévention et d'accompagnement à l'arrêt du tabac. La revue de la littérature et les enquêtes devraient permettre d'identifier les leviers qui permettraient de favoriser la systématisation de la prévention du tabagisme lors de toute prise en charge en cancérologie.

📖 Une revue de la littérature.

Si de nombreuses études sur le tabac sont publiées depuis plus de 50 ans, celles qui portent sur les effets chez les patients atteints de cancer sont très récentes. La majorité des publications sur le sujet datent de ces trois dernières années. L'établissement de la revue de la littérature fait face à une première difficulté méthodologique : le renseignement du statut

tabagique et de son suivi n'est pas systématique ni dans les dossiers des patients ni dans les recherches cliniques ce qui complexifie l'analyse des études.

Le *Surgeon general report* (qui, il a 50 ans, annonçait la toxicité du tabac) a consacré en 2014 un chapitre aux effets du tabac sur les patients en cancérologie (« *Adverse health outcomes in cancer patient and survivors* »). Le rapport s'appuie sur une revue de la littérature intégrant plus de 200 études (dont 159 études de cohorte) publiées entre 1990 et 2012. Le rapport conclut que le tabagisme a une relation causale avec la mortalité toutes causes confondues et la mortalité spécifique par cancer. Il souligne également que l'arrêt du tabac améliore le pronostic des patients atteints de cancers.

Le *Surgeon general report* juge également causale la relation entre le tabagisme des patients et la survenue de second cancer primitif. Ce résultat est confirmé par l'étude menée par le Docteur Jérémie Jégu en France à partir des données des registres de cancers. L'étude en question affirme que le risque de second cancer en France est augmenté en moyenne de 36 % chez les personnes atteintes de cancer par rapport à la population générale. Cette augmentation est particulièrement marquée pour les cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac, tels que les cancers des voies aérodigestives supérieures ou du poumon. Des études similaires réalisées dans des pays où la consommation alcool-tabagique est inférieure à la France (les États-Unis, par exemple) montrent des niveaux de risque de second cancer inférieurs.

Le *Surgeon general report* n'a pas traité la relation entre le tabagisme et la dégradation de la qualité de vie. Nonobstant, plusieurs études (menées à partir de données observationnelles) concluent que la poursuite de la consommation de tabac après le diagnostic est associée à un risque plus important de dégradation de qualité de vie (fonctionnement physique, social, émotionnel, symptômes pulmonaires) et de détérioration de l'autonomie. Une récente étude datant de 2015 (Riviera *et al.*) a par ailleurs montré que l'arrêt du tabac pour les patients atteints de cancer du poumon avancé représente un enjeu important pour améliorer la qualité de vie dans les derniers mois de la vie.

Les effets du tabagisme selon les traitements du cancer font également l'objet de plusieurs études. Le tabac majore les risques de complications péri et postopératoires (complications de l'anesthésie générale, complications sévères pulmonaires, effets délétères sur la cicatrisation, augmentation du risque d'infection et de la vasoconstriction). Ces résultats sont d'autant plus importants à prendre en compte qu'aujourd'hui plus de 70 % des patients atteints de cancers subissent une intervention chirurgicale (95 % pour les cancers du côlon et 80 % pour les cancers du sein). La HAS recommande, à ce titre, le dépistage du tabagisme avant toute intervention chirurgicale au moins 6 semaines précédant l'intervention. Les études montrent également un effet délétère du tabac sur la radiothérapie ou la chimiothérapie. Le tabagisme réduit l'efficacité des traitements et augmente les risques d'effets secondaires.

Patrick Péretti-Watel a mené, en partenariat avec L'INCa, une enquête sur la vie deux ans après un diagnostic de cancer (VICAN2). Un chapitre est entièrement consacré au tabac et à l'alcool. L'enquête montre qu'un diagnostic de cancer semble constituer un moment favorable pour promouvoir l'arrêt tabagique. Ainsi, parmi les personnes qui fumaient au moment du diagnostic, 37 % ont arrêté de fumer depuis (69 % pour les patients atteints d'un cancer du poumon et 66 % pour ceux atteints d'un cancer VADS). L'enquête montre également que l'arrêt tabagique depuis le diagnostic présente un effet de genre plus fréquent chez les hommes : parmi ceux qui fumaient durant l'année précédant le diagnostic, 44,0 % ne fument plus au moment de l'enquête, contre 29,8 % des femmes. L'arrêt du tabac dépend, par ailleurs, de la qualité de vie des patients. L'arrêt est ainsi plus fréquent parmi les personnes satisfaites de leurs conditions de logement. Enfin, l'arrêt du tabac est plus fréquent parmi les personnes atteintes d'un cancer du poumon ou des voies aérodigestives supérieures et parmi celles dont la maladie avait une gravité initiale plus faible. Ces résultats montrent que tous les

professionnels de santé intervenant en cancérologie doivent systématiser le repérage du tabagisme et aider leurs patients à arrêter le tabac.

■ Les professionnels de santé : quelles pratiques et attentes ?

L'INCa a réalisé, avec l'institut BVA, une enquête téléphonique auprès de 1076 professionnels de santé intervenant auprès de personnes atteintes de cancer (395 médecins spécialistes, 81 infirmiers de coordination en cancérologie, 300 médecins généralistes et 300 pharmaciens d'officine). L'enquête a été réalisée entre le 6 mai et le 12 juin 2014.

L'étude a permis, dans un premier temps, de recueillir des données sur le statut tabagique des professionnels de santé interrogés. La prévalence tabagique est de 15 % chez les médecins spécialistes en cancérologie (11 % se déclarent fumeurs quotidiens). La prévalence est de 19 % chez les médecins généralistes. Elle est plus élevée chez les infirmiers puisqu'elle s'élève à 28 % (20 % quotidiens). Les chiffres ont baissé par rapport aux enquêtes réalisées au début des années 2000. On note également que les professionnels de santé fument moins de cigarettes par jour que la population générale.

Plusieurs questions ont été posées aux différents professionnels de santé :

Lors des consultations avec vos patients fumeurs atteints de cancer leur parlez-vous de leur consommation de tabac ? La grande majorité des professionnels de santé abordent la question du tabac. Les médecins généralistes semblent davantage sensibilisés à la question du tabac, ce qui est tout à fait cohérent. Une étude qualitative a été réalisée sur cette question auprès de patients. Il en ressort que le message de sensibilisation diffusé par les professionnels n'est pas toujours clairement entendu.

Considérez-vous que ce soit dans votre rôle d'aborder l'arrêt du tabac avec vos patients fumeurs atteints de cancer ? Les réponses sont, pour la très grande majorité, positives. 93 % des médecins spécialistes, 95 % des médecins généralistes et 86 % des infirmiers estiment qu'il est effectivement dans leur rôle d'aborder la question de l'arrêt du tabac. Les professionnels de santé sont donc enclins à sensibiliser leurs patients. On retrouve des données similaires dans la littérature scientifique internationale.

Considérez-vous que ce soit dans votre rôle d'accompagner vos patients dans l'arrêt du tabac ? Les résultats sont moins tranchés. Si 95 % des médecins généralistes pensent, au contraire, qu'ils se doivent d'accompagner leurs patients, 50 % des médecins spécialistes estiment, en revanche, que ce n'est pas leur rôle et préfèrent réorienter leurs patients vers des professionnels du sevrage tabagique.

Parmi les critères suivants relatifs au patient, quels sont ceux sur lesquels vous vous appuyez principalement pour décider de ne pas parler de l'intérêt du sevrage tabagique ? La majorité des professionnels de santé interrogés évoquent le mauvais pronostic et l'état psychiatrique du patient. 33 % d'infirmiers évoquent, pour leur part, l'existence d'autres addictions.

Voici un certain nombre d'éléments qui pourraient aider les professionnels de santé à mieux accompagner leurs patients atteints de cancer dans l'arrêt du tabac. Pour chacun, diriez-vous qu'ils seraient utiles pour vous dans votre pratique ? 95 % des professionnels de santé interrogés jugent utile la mise à disposition d'un réseau de proximité de professionnels spécialistes dans le sevrage tabagique vers lequel ils pourraient orienter leurs patients. Si ce réseau existe aujourd'hui, force est de constater qu'il n'est pas assez connu. Les infirmiers sont beaucoup plus demandeurs d'outils ou de documents d'information que les autres professions.

■ Les enjeux à relever

Fort de ces résultats, Antoine Deutsch a établi une liste des différents enjeux qui restent aujourd'hui à relever :

- ✓ Convaincre les professionnels de santé et les responsables administratifs des bénéfices apportés par l'arrêt du tabac pour les patients atteints de cancer ;
- ✓ Faire savoir que la survenue d'un cancer peut représenter pour le patient un élément motivationnel fort pour l'arrêt tabagique ;
- ✓ Définir les bons intervenants et les moments propices pour systématiser le dépistage et la prise en charge du tabagisme des patients atteints de cancers. L'annonce du diagnostic doit constituer un tremplin pour amorcer un sevrage tabagique ;
- ✓ Mettre en place des mesures coercitives d'organisation (critères d'autorisation de traitement du cancer, indicateurs de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé, inscrire le statut tabagique dans le contenu minimal de la RCP ou du plan personnalisé de soins).

Ces enjeux s'inscrivent dans les éléments de la mesure 8 du plan cancer 2014-2019 :

- ✓ Mettre en place un forfait d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients atteints de cancer de 150 €/an ;
- ✓ Systématiser la prise en compte du statut tabagique lors de la RCP et de son suivi dans le dossier communicant du patient en cancérologie ;
- ✓ Intégrer l'arrêt du tabac dans les recommandations de traitements de tous les cancers ;
- ✓ Inscrire l'organisation d'un accompagnement tabagique dans les critères d'autorisation à la prise en charge du cancer ;
- ✓ Sensibiliser les professionnels de santé et les patients aux bénéfices de l'arrêt du tabac dès le diagnostic de cancer et sur le long terme ;
- ✓ Donner les repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage dans le parcours de soins ;
- ✓ Mener une action spécifique de prévention à l'initiation tabagique auprès des adolescents et les jeunes adultes ayant eu un cancer pédiatrique.

Questions de la salle

Anne Borgne s'étonne qu'un grand nombre d'oncologues et de médecins spécialistes d'organes ne parlent pas du tabac à leurs patients.

Antoine Deutsch confirme que, selon l'enquête réalisée, 20 % d'entre eux n'abordent pas la question du tabac avec leurs patients.

Et pourtant, comme le souligne Anne Borgne, ces mêmes spécialistes estiment pour la grande majorité qu'il est de leur rôle d'aborder l'arrêt du tabac avec leurs patients. Comment explique alors ce paradoxe ?

Antoine Deutsch précise que si les oncologues et les spécialistes estiment effectivement qu'il est de leur rôle d'aborder cette question avec leurs patients, une partie d'entre eux précisent ne pas avoir le temps nécessaire pour le faire. Il faut toutefois retenir de cette enquête la volonté réelle des professionnels de santé intervenant en cancérologie de sensibiliser leurs patients à l'arrêt du tabac.

Dominique Blanc, tabacologue à la prison des Baumettes (Marseille), note qu'une majorité des professionnels de santé interrogés jugent utile la mise à disposition d'un réseau de proximité de professionnels spécialistes dans le sevrage tabagique vers lequel ils pourraient orienter leurs patients. Or, force est de constater que le réseau des tabacologues, tout du moins en France, est trop petit et ne permet donc pas de répondre à toutes les attentes. Dans certaines régions, faute d'un véritable réseau, il est très difficile d'orienter les patients vers des spécialistes de la question du tabac.

Antoine Deutsch en est conscient. Cela étant dit, les médecins spécialistes peuvent également orienter leurs patients vers leur généraliste. Les médecins généralistes peuvent entamer le premier pas vers un sevrage tabagique. L'articulation hôpital-ville doit être améliorée en France.

Un participant s'interroge plus spécifiquement sur les professionnels de la santé fumeurs. Leur comportement est-il différent des autres professionnels, notamment en ce qui concerne la prévention ? Cette population ne mérite-t-elle pas d'être mieux ciblée ? N'y a-t-il pas un intérêt à aider les professionnels de santé à arrêter de fumer pour qu'ils puissent mieux s'occuper de leurs patients ?

Antoine Deutsch confirme que les professionnels de santé fumeurs sont moins sensibilisés. Ils se sentent moins à même d'aborder la question de l'arrêt du tabac avec leurs patients. La proportion des professionnels en oncologie qui fument en France est de 15 % (11 % déclarent être des fumeurs quotidiens). Elle n'est que de 3 % aux États-Unis.

Une intervenante, médecin du travail, s'étonne que, parmi les différents enjeux à relever, Antoine Deutsch évoque la mise en place de mesures coercitives. Comment peut-on mettre en œuvre de telles mesures ? Pourquoi ne les appliquer qu'au tabac ? Des mesures coercitives pourraient être définies pour les consommateurs d'alcool, ou pour ceux qui ne pratiquent pas de sport.

Antoine Deutsch tient à préciser que tous les patients seront suivis, y compris, bien évidemment, ceux qui ne consultent pas un tabacologue. Ces mesures coercitives visent les établissements de santé et non pas les patients. Il appartient aux établissements de mettre en place des protocoles spécifiques sur le tabagisme.

Le Professeur Bertrand Dautzenberg souhaite savoir quand le forfait de 150 €/an d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients atteints de cancer sera mis en place.

Antoine Deutsch lui répond que ce forfait sera inscrit à la loi de finances de la sécurité sociale de 2016.

Catherine de Bournonville, tabacologue au CHU de Rennes, souhaite rebondir sur la question de ce forfait dont la mise en place lui semble pour le moins difficile à comprendre. La prise en compte du tabagisme (et sa prise en charge) devrait faire partie intégralement du traitement des patients atteints de cancer. Pourquoi les sevrages tabagiques sont-ils exclus de l'ALD alors que les traitements pour le cancer en relèvent ? Les sevrages tabagiques seraient-ils si onéreux ?

Antoine Deutsch partage son point de vue.

© **Impact du statut socio-économique sur le tabac**

● **Patrick Péretti-Watel**

INSERM UMR912 / ORS PACA, Marseille

Le statut socio-économique regroupe un ensemble d'indicateurs censés permettre de décrire de façon objective la position sociale des personnes. Les trois principaux indicateurs sont : le niveau de revenu du ménage, le niveau de diplôme de la personne et sa catégorie socioprofessionnelle. Si ces indicateurs permettent d'identifier des situations de vulnérabilité, cette notion relève le plus souvent de l'ordre du ressenti ou du subjectif. Par ailleurs, cette

notion a une dimension dynamique. Souvent, être vulnérable c'est avoir une position que l'on risque de perdre et qu'on a de fortes chances de ne pas pouvoir retrouver une fois perdue. Cette incertitude est créatrice de stress et ne peut pas être appréhendée avec les indicateurs classiques du statut socio-économique. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que les situations de vulnérabilité ont vocation à se cumuler. Une vulnérabilité professionnelle peut engendrer une vulnérabilité familiale.

■ La différenciation sociale de la pratique tabagique

Les inégalités sociales de santé sont, aujourd'hui, une priorité transversale des politiques de santé publique. La question de la différenciation des conduites à risque (qui se situe très en amont de ces problématiques) est à ce titre essentielle. Le tabagisme constitue un cas exemplaire de ce qu'on appelle le gradient social de santé. Or, la différenciation sociale des pratiques tabagiques met en question les effets de la prévention. Les pouvoirs publics luttent contre le fléau du tabac et leurs efforts ont redoublé au cours des années 2000 : interdiction de vente aux mineurs, interdiction de fumer dans les bars, les restaurants et les discothèques, campagnes médiatiques antitabac de plus en plus musclées, fortes hausses du prix des cigarettes... Mais les efforts n'ont malheureusement pas eu les résultats escomptés et la différenciation sociale du tabagisme s'est accrue. Ainsi, si l'on fume moins dans les milieux les plus éduqués et les plus aisés, ce n'est pas le cas parmi les populations précaires. Entre 2000 et 2010, la prévalence du tabagisme chez les cadres est passée de 36 % à 31 %. Par contre chez les ouvriers, la proportion de fumeurs a augmenté de 47 % et à 55 % chez les chômeurs. Il ne faut pas en déduire que la prévention a accru les inégalités sociales de santé. Elle n'a toutefois pas réussi à enrayer leur progression.

■ Les liens entre le statut socio-économique et les motifs de la pratique tabagique

Les motifs avancés par les fumeurs pour expliquer leur addiction au tabac sont aussi divers que variés. Ils soulignent le fait que la cigarette est un geste convivial. Le tabac permettrait de se détendre, de lutter contre le stress et de ne pas grossir. Ces motifs ont un impact certain sur les réactions face à la hausse des prix. Ainsi, si certains fumeurs tentent de baisser leur consommation, d'autres tentent au contraire de « fumer moins cher ». Les personnes qui fument pour lutter contre le stress ont plus tendance à réduire le coût de leur consommation. Ceux qui fument pour des raisons de convivialité sont plus enclins à réduire leur consommation, voire l'arrêter.

Les motifs varient également en fonction des statuts socio-économiques. Les personnes les plus précaires disent, le plus souvent, fumer pour garder le moral ou pour lutter contre le stress. Plusieurs études montrent que les personnes en situation de précarité professionnelle ou résidentielle fument plus souvent. Il y aurait ainsi une relation mécanique entre le stress induit par des conditions d'existence difficiles et le tabagisme. Cela étant dit, Patrick Péretti-Watel est convaincu que ce lien est autant mécanique que culturel. De nombreux travaux menés par des anthropologues sur les milieux populaires et la culture ouvrière montrent que la cigarette y apparaît comme un objet privilégié de détente. Le tabac est perçu comme un produit légitime par les travailleurs manuels. D'ailleurs, lorsque Simone Weill a décidé, en 1976, d'augmenter les prix du tabac, les syndicats ouvriers étaient rapidement montés au créneau estimant que le tabac était un produit essentiel pour les ouvriers qui supportaient des conditions de vie difficiles. La cigarette semble être un produit de première nécessité pour les personnes en situation de pauvreté.

■ La relation entre la précarité et l'horizon temporel.

On retrouve la notion d'horizon temporel aussi bien en sociologie qu'en économie ou en psychologie. Les économistes et les sociologues s'accordent sur le fait que la précarité a tendance à raccourcir l'horizon temporel. Les personnes les plus précaires ayant de grandes

difficultés à se projeter loin dans l'avenir et prendre en considération les conséquences futures des décisions courantes. Ce point est essentiel lorsqu'on aborde la question de la prévention puisque celle-ci propose une forme d'arbitrage temporel. Vivre en situation précaire suscite des préoccupations bien plus pressantes que la santé de long terme.

Patrick Péretti-Watel a construit (à partir des enquêtes menées par l'INPES entre 2000 et 2010) un indicateur de préférence pour le présent. On observe que les personnes qui ont un plus faible statut socio-économique ont une plus forte préférence pour le présent et que cette préférence est corrélée positivement au tabagisme. De surcroît, plus la préférence pour le présent est forte, moins la personne se sent concernée par la prévention et moins elle craint les cancers dus au tabac.

Capital culturel et distance à la prévention

On demande de plus en plus aux personnes aujourd'hui, notamment dans le domaine de la santé, d'être les entrepreneurs de leur propre existence ; de prendre leur vie en main. Beaucoup d'actions préventives reposent sur le postulat qu'il faut d'abord restaurer la confiance et l'estime de soi. Or, la précarité est souvent associée à une forme de fatalisme. Il est difficile de se considérer comme l'entrepreneur de sa propre existence lorsque vous avez le sentiment que tout vous échappe et que vous n'avez aucun contrôle sur ce qui vous arrive. Une forme de « méfiance de classe » serait ainsi héritée de la culture populaire.

Les résultats d'une enquête INPES de 2008 soulignent que moins les individus sont diplômés, plus ils ont tendance à penser que les campagnes de prévention sur le tabac, l'alcool et les habitudes alimentaires sont trop nombreuses, infantilisantes, énervantes, ou qu'elles exagèrent les risques pour la santé.

Pour conclure, Patrick Péretti-Watel fait observer que si le statut socio-économique impacte les comportements tabagiques à plusieurs niveaux (arrêt, motifs de la pratique), il impacte également les attitudes à l'égard de la prévention. La prise en compte de ces impacts implique donc de mieux comprendre le tabagisme comme une pratique sociale

Questions de la salle

Anne Borgne interroge Patrick Péretti-Watel sur les recommandations qu'il pourrait formuler pour améliorer la prévention. Manifestement, une partie de la population – les personnes les plus précaires – ne semble pas avoir été touchées par les efforts consentis en la matière.

Patrick Péretti-Watel estime que s'il ne faut pas en sous-estimer les effets, la hausse des prix demeure un moyen efficace de lutter contre le tabagisme. Cette mesure doit toutefois être accompagnée d'autres actions. Une augmentation des prix doit être suivie d'une augmentation des aides à l'arrêt. Les personnes les plus précaires estiment souvent que la hausse des prix du tabac est une mesure purement hypocrite dont l'objectif principal serait de renflouer les caisses de l'État. Pour répondre à ces critiques (et restaurer une forme de confiance), la décision pourrait être prise de consacrer une partie des gains fiscaux générés par la hausse des prix aux actions de prévention. Des enquêtes récentes ont montré que les personnes avaient souvent du mal à se représenter ce qu'est un gain financier. Les campagnes de prévention devraient peut-être mettre davantage l'accent sur le gain financier que procure l'arrêt tabagique (si vous arrêtez de fumer aujourd'hui, vous pourrez vous payer un voyage dans trois mois). Ce type de campagnes pourrait atteindre plus efficacement les populations les plus précaires.

Bertrand Dautzenberg évoque la question de l'arrêt du tabac. La plupart des fumeurs voudraient arrêter, mais ne s'en sentent pas capables. Les populations les plus précaires se

sentent peut-être moins capables, moins compétentes pour arrêter de fumer que les populations plus aisées.

Patrick Péretti-Watel confirme que les écarts de prévalence tabagique sont essentiellement dus aux comportements d'arrêt. Une plus forte proportion de cadres arrête de fumer lorsqu'on augmente les prix du tabac alors que la consommation continue d'augmenter chez les chômeurs. L'arrêt du tabac détermine la différenciation sociale des prévalences tabagiques.

Denise Bauer, DGOS, imagine que les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées peuvent avoir des motifs spécifiques pour arrêter de fumer. Les campagnes de prévention pourraient se saisir de ces motifs.

Patrick Péretti-Watel précise que les personnes attendent souvent un événement déclencheur pour arrêter de fumer. Par exemple, beaucoup d'arrêts tabagiques interviennent dans l'année précédant la naissance d'un enfant (chez les femmes comme chez les hommes). Certains événements de la vie sont à même de procurer une forte incitation à arrêter de fumer. Chez les populations les plus précaires, ce serait l'accès à un emploi ou à un logement. Force est de constater que la montée du tabagisme en France est concomitante avec la hausse du chômage. Inversement, on peut penser que la création d'emplois permettra de réduire la prévalence tabagique.

TABLE RONDE : TABAC ET VIH

Animation : Vincent Douris, Mission qualité de vie – qualité des soins, Sidaction

© **Tabac et VIH : Épidémiologie et enjeux**

● **Pr Patrick Mercié**

Service de médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU de Bordeaux

Aujourd'hui, le taux de mortalité chez les personnes affectées par le VIH a fortement baissé. Leur espérance de vie est à peu près équivalente à celle de la population générale. Toutefois, le principal défi est celui de la prise en charge des comorbidités. Les principales causes de décès non liées au Sida (qui représentent encore une part importante) et non liées aux hépatites virales sont néoplasiques et cardiovasculaires. La prévalence est légèrement supérieure à celle qu'on observe dans la population générale.

■ Tabac et infection par le VIH

En France, la prévalence du tabagisme s'élève entre 50 et 60 % chez les personnes infectées par le VIH, contre 30 à 40 % dans la population générale. La consommation de tabac ainsi que celle du cannabis est fréquente chez les personnes séropositives. Or, la co-dépendance avec d'autres drogues est un véritable frein à l'arrêt de la consommation de tabac. Néanmoins, les caractéristiques classiques d'interruption de la consommation de tabac sont les mêmes que dans la population générale.

Plusieurs études ont été menées pour mesurer l'impact de l'arrêt du tabac. Il en ressort que l'arrêt de la consommation de tabac permet de réduire :

- ✓ Le risque de décès toutes causes de près de 16 % ;
- ✓ Le risque de maladie cardiovasculaire de 20 à 60 % ;
- ✓ Le risque de néoplasie non liée au Sida dans 30 % des cas.

Ces chiffres confirment que le tabac reste un facteur de risque important.

- Une étude sur l'efficacité de la varénicline dans l'arrêt de la consommation de tabac chez les patients infectés par le VIH.

Patrick Mercié a mené, avec l'ANRS, une étude permettant d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la varénicline dans l'arrêt de la consommation de tabac à 48 semaines chez des personnes vivant avec le VIH. L'essai avait pour objectifs secondaires d'évaluer l'efficacité de la varénicline à 12 semaines ainsi que l'incidence d'événements neuropsychiatriques et cardiovasculaires. Les participants à l'étude devaient être des fumeurs réguliers motivés pour arrêter de fumer. Ils ne devaient avoir aucune co-dépendance à d'autres drogues ou substances psychoactives. Ils ne devaient pas, enfin, être en état de dépression ou avoir d'antécédents suicidaires.

248 patients ont été répartis en deux bras. Un premier groupe a reçu la varénicline pendant 12 semaines. Le second a reçu un placebo. Les deux groupes ont bénéficié d'un suivi tabacologique standard tout au long des 48 semaines. L'objectif principal de l'étude était l'abstinence continue de la consommation de tabac de la 9^e à la 48^e semaine sans utilisation d'aucun traitement d'aide au sevrage tabagique autre que ceux de l'étude. L'abstinence était mesurée à chaque visite grâce à un self-report d'arrêt complété par la mesure d'un taux de monoxyde de carbone expiré inférieur à 10 ppm.

Les résultats de l'étude sont les suivants :

- ✓ A 48 semaines, le pourcentage de patients abstinents s'élevait à 18 % dans le groupe varénicline, contre 7 % dans le groupe placebo.
- ✓ À 12 semaines, le pourcentage de patients abstinents sous varénicline était de 35 %, contre 14 % pour le groupe placebo.
- ✓ La varénicline n'a aucune incidence sur le profil immunovirologique.
- ✓ En termes de tolérance, aucun événement significatif cardiovasculaire n'a été rapporté dans les deux groupes.
- ✓ Parmi les patients traités par varénicline, les événements les plus fréquents ont été les nausées, les douleurs abdominales et les troubles du sommeil.

Patrick Mercié conclut que la varénicline est sûre et efficace pour arrêter de fumer chez les patients vivant avec le VIH. Ainsi, la varénicline semble apporter de vrais bénéfices et peut donc être proposée dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Les résultats sont aussi bons que dans la population générale. Il y a cependant des conditions à réunir : il faut être motivé, bénéficier de conseils et d'un suivi régulier par un tabacologue, ne pas être dans un état anxieux ou dépressif et avoir une infection VIH bien contrôlée.

● Questions de la salle

En réponse à une question posée par un intervenant, Patrick Mercié précise que les principaux résultats de l'étude seront publiés fin juin.

Frank Barbier, Aides, fait observer que les individus vivant avec le VIH peuvent aujourd'hui vivre plus vieux que la population générale sous une condition majeure, celle de ne pas fumer. En effet, cette population est particulièrement bien suivie et les pathologies, notamment les cancers, sont repérées très précocement.

Ⓢ **Qualité de vie, qualité des soins : aide au sevrage tabagique**

● **Jean-Jacques Bouyer,**
Association GAPS

Jean-Jacques BOUYER est président de l'association GAPS (Groupe d'Aide Psychologique et Sociale). Il se propose aujourd'hui de témoigner d'une expérience menée dans un cadre associatif d'aide au sevrage-tabac pour des personnes touchées par le VIH.

L'association GAPS a été créée en 1988. Réunissant une équipe pluridisciplinaire, elle mène une action globale de soutien aux personnes concernées par le VIH. Elle assure une prise en charge et un accompagnement des malades en situation de précarité en vue de favoriser leur accès aux droits et aux soins. Elle a également pour objectif le soutien psychologique et social. La file active annuelle de l'association est composée de 480 personnes.

Le projet « Qualité de Vie – Qualité des Soins » a été mis en place en 2011 par le Réseau Gironde dans le cadre d'un financement Sidaction, et repris par le GAPS en septembre 2013 suite à la fusion des deux structures. 4 programmes ont été définis :

- ✓ Une aide au sevrage-tabac ;
- ✓ Un atelier diététique et cuisine ;
- ✓ Un atelier proposant des Activités physiques adaptées (APA) ;
- ✓ Un atelier socio-esthétique et bien-être.

Le programme a accueilli 130 patients au total entre 2011 à 2015. La répartition par sexe est paritaire. La moyenne d'âge est de 54 ans pour les hommes et 49 pour les femmes. Les personnes inscrites sont touchées par l'isolement, connaissent des difficultés de retour à l'emploi et souffrent de vulnérabilités psychosociales.

Actuellement, 9 personnes sont inscrites à l'atelier d'aide au sevrage tabagique (6 hommes et 3 femmes). Les consultations sont faites par l'équipe de tabacologie du CHU de Bordeaux. Les patchs et les comprimés sont fournis gratuitement grâce à un financement de Sidaction et cela durant toute la durée de l'accompagnement. Les personnes inscrites ont suivi, en moyenne, 6 consultations. Depuis le début de l'année, 2 personnes ont arrêté complètement le tabac et 3 ont réussi à réduire leur consommation de moitié.

L'équipe de tabacologues souligne que les résultats du sevrage-tabac et le respect des rendez-vous sont supérieurs à ceux d'une patientèle classique. Cette régularité des consultations permet d'obtenir de très bons résultats. De surcroît, la gratuité des traitements participe fortement à ce succès. Les patients accompagnés bénéficient souvent des minima sociaux. La phase de réduction de la consommation de tabac peut s'avérer très onéreuse, les personnes cumulant le coût du tabac qu'ils continuent de consommer à celui des substituts. Ici, la gratuité est totale et sans limite de temps.

L'équipe de tabacologie a relevé plusieurs motivations :

- ✓ Les personnes touchées par le VIH ont compris que le tabac induit un vieillissement prématuré dont elles mesurent les effets.
- ✓ La possibilité de passer d'un statut « d'objet de soin » à celui d'acteur de sa propre santé.
- ✓ L'amélioration de l'image de soi et de son bien-être.
- ✓ Les gains financiers.
- ✓ Se libérer d'une dépendance.

Pour conclure, Jean-Jacques Bouyer rappelle que ce programme s'adresse à une population spécifique touchée par une pathologie qui reste stigmatisante et provoque souvent un isolement et un repli sur soi. La maladie est à l'origine de nombreuses pertes et certaines personnes estiment que le tabac est parfois le seul plaisir qui leur reste. Elles n'envisageront de l'abandonner que si elles sont assurées que cet abandon sera compensé par d'autres facteurs de satisfaction, notamment par un gain de bien-être. Le plaisir de faire, de partager, de retrouver un corps moins douloureux et d'acquérir une meilleure image de soi constitue la meilleure des motivations pour arrêter le tabac.

La Maison de vie de Carpentras est un établissement de répit et de ressourcement non médicalisé pour les personnes vivant avec le VIH. Elle a été créée en 2010 par la Princesse Stéphanie de Monaco et son association Fight Aids Monaco. Ses missions sont centrées sur la personne, son bien-être et sa qualité de vie. Les personnes accueillies étant le plus souvent très isolées, voire stigmatisées ou discriminées, la Maison de vie offre une écoute et une empathie pour les redynamiser et les réinscrire dans une dynamique de vie dans laquelle l'hygiène et la qualité seront les piliers. Si les personnes séropositives bénéficient aujourd'hui d'une véritable prise en charge thérapeutique, efficace et bien menée, elles ne disposent pas de lieux pour parler et être entendues. Non pas seulement sur leur relation avec le VIH, mais sur leur histoire de vie. Or, Didier Rouault est convaincu qu'on ne peut pas bien soigner si on ne prend pas en compte l'histoire individuelle des patients.

La Maison de vie propose trois types de séjours : des séjours individuels de 15 jours, des séjours familles de 10 jours et des séjours thématiques « bien-être et qualité de vie ». 800 séjours ont été organisés depuis 2011. Les premiers séjours de motivation et d'aide à la décision d'arrêt du tabac ont été proposés en 2012.

Les personnes séropositives sont plus souvent fumeuses et fument plus. Elles s'arrêtent moins souvent de fumer, car elles subissent tous les types de dépendance, qu'elles soient physiques ou psychologiques. Le tabac augmente de 50 % le risque de décès prématuré chez les personnes touchées par le VIH sous traitement ARV. Non seulement le tabac entraîne un risque accru de décès par les maladies cardiovasculaires ou par cancer, mais il a une forte incidence sur la dégradation de la qualité de vie. Or, les personnes séropositives fumeuses disposent de très peu de lieux de prise en charge du tabagisme. Les CISIH ne proposent pas de consultations dédiées et les médecins, souvent surchargés, portent un très faible intérêt au sevrage. C'est dans ce contexte que la maison de vie a décidé de mettre en place, à partir de 2012 des séjours de motivation et d'aide à la décision d'arrêt du tabac. Il ne s'agit pas, Didier Rouault insiste sur ce point, de séjours de sevrage. L'objectif est d'inscrire le résident dans une dynamique proactive à l'arrêt du tabac. Des médicaments de sevrage sont toutefois mis à disposition.

Ces séjours collectifs de 15 jours accueillent les personnes séropositives autonomes et fumant plus de 10 cigarettes par jour. Ils sont construits autour de :

- ✓ 8 ateliers animés par le Docteur Dominique Blanc, tabacologue (la prise de conscience de sa façon de fumer, l'évaluation de sa dépendance, l'élaboration des activités de dissociation et désubstitution au désir de cigarette, la stimulation des motivations...).
- ✓ Divers ateliers complémentaires « bien-être » axés principalement sur la gestion du stress et la respiration (activités physiques, nutrition, Qi Gong, yoga/relaxation, réflexologie plantaire, aromathérapie, acupuncture, socio-esthétique, ateliers créatifs, expression artistique, voix...).
- ✓ Un counseling et un soutien par les pairs.

L'objectif est que chaque résident se constitue sa propre boîte à outils.

6 séjours ont été réalisés depuis 2012 accueillant entre 8 et 10 personnes. Le degré de satisfaction est très élevé et on peut souligner une forte assiduité des participants. Si entre 50 et 66 % des résidents arrêtent de fumer à la fin du séjour, le taux de rechute est rapide. Le taux d'arrêt du tabac à six mois est de 22 % en novembre 2013. 80 % de ceux n'ayant pas arrêté de fumer ont fortement diminué leur consommation.

La démarche, encore à un stade expérimental, a permis de souligner plusieurs points forts :

- ✓ L'intérêt d'une prise en charge globale et multidisciplinaire avec un counseling individualisé ;

- ✓ L'intérêt d'un lieu de villégiature avec séjour de plusieurs jours consécutifs en immersion totale, permettant l'échange et le partage ;
- ✓ Une alerte sur l'urgence de l'arrêt du tabac dans la prise en charge des personnes touchées par le VIH ;
- ✓ Des résultats encourageants à conforter.

Des points restent toutefois à améliorer. Il est très difficile de recruter les intervenants en amont. Une réflexion doit être amorcée sur le suivi après le séjour et sur les rendez-vous avec les tabacologues. Didier Rouault souligne les difficultés rencontrées pour assurer un accompagnement à distance des personnes ayant participé au séjour.

● Questions de la salle

En réponse à une question posée par un participant, Didier Rouault précise que les séjours ne sont pas gratuits. La princesse Stéphanie de Monaco ne souhaitait pas la gratuité totale. La participation financière varie en fonction des revenus des personnes.

La discussion est axée autour de la question de la cigarette électronique que Bertrand Dautzenberg considère comme une alternative au sevrage classique. La cigarette électronique ne peut devenir un outil à l'arrêt de la consommation du tabac que si son utilisation est encadrée par un professionnel. La cigarette électronique permet, par ailleurs, de sortir du tabac par le plaisir, une notion fondamentale. Les ateliers proposés à la Maison de vie ont pour vocation d'aider les participants à se projeter, dans un immédiat court, dans une vie sans tabac. Une vie qui soit faite de plaisirs et de bonheurs.

TABLE RONDE : TABAGISME ET INCARCÉRATION

Animation : Agnès Sénézergues, Centre hospitalier de Perpignan

📍 **Place du tabac en milieu carcéral**

● **Damien Mauillon**

Président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison

Damien Mauillon se propose, pour ce début de table ronde, de brosse le tableau du tabagisme en milieu pénitencier et de ses spécificités. De manière générale, la problématique est identique que l'on soit à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu carcéral. En effet, le tabac reste la première cause de mortalité évitable dans le monde et en France. Toutefois, l'incarcération présente certaines spécificités.

📊 Le milieu pénitentiaire : statistiques générales.

Au 1er avril 2015, 66 761 personnes étaient sous écrous en France. La surpopulation carcérale demeure particulièrement problématique. Le taux d'occupation s'élève à 122 personnes détenues pour 100 places (136 personnes pour 100 places en maison d'arrêt). L'obligation selon laquelle un détenu a droit à une cellule individuelle n'est pas respectée en France ce qui

n'est pas sans conséquence sur le tabagisme passif. Si 75 % des détenus sont condamnés, 25 % sont en attente de jugement. La prison accueille à la fois des actifs et des inactifs. En effet, si certains détenus (environ 25 % de la population pénale) ont une activité, la majorité de la population pénale est largement inactive et reste ainsi 22 heures sur 24 cloîtrés dans une cellule de 9 m². Cette oisiveté (parfois consentie, parfois imposée) a des conséquences en termes d'usage de tabac. La population carcérale est essentiellement masculine, 96 % des détenus en France étant des hommes. Les mineurs représentent 1 % des détenus.

Ces personnes privées de liberté cumulent les facteurs de vulnérabilité. Les personnes les plus démunies socialement et dont le niveau d'éducation est le plus faible sont surreprésentées. La santé des détenus est, par ailleurs, précaire. Elle est caractérisée par une prédominance des troubles mentaux et un mauvais état bucco-dentaire. Les maladies infectieuses (VIH, VHC, tuberculose) sont plus fréquentes. On ne dispose pas de chiffres sur les pathologies cardiovasculaires, pulmonaires et cancéreuses (qui peuvent être la conséquence d'un tabagisme).

■ Le tabagisme en prison.

On estime, selon une étude réalisée il y a 10 ans par la DREES, que 80 % des détenus sont fumeurs de tabac (contre 34 % dans la population générale). Des études plus locales réalisées dans différents établissements confirment ce chiffre très élevé. Malgré l'interdiction et les risques, une partie des détenus consomment du cannabis, bien évidemment avant leur détention, mais également pendant leur incarcération. Malgré l'absence de chiffres officiels sur la question, on estime que 30 à 40 % des incarcérés sont des usagers (occasionnels ou réguliers). On ne dispose en revanche d'aucun chiffre sur l'usage de la cigarette électronique. Elle est autorisée depuis moins d'un an dans les établissements. Il convient, enfin, de souligner la fréquence de la polyconsommation, perçue comme plus problématique que le tabac lorsqu'il s'agit de dépendance à l'alcool ou aux opiacés.

S'agissant plus spécifiquement du personnel pénitentiaire, si l'on ne dispose pas de chiffres officiels sur leur consommation de tabac une étude récente de l'INVS (datant du mois de mars) souligne un taux de fréquence plus élevé de cancers du larynx au sein de cette population. La question du lien avec le tabagisme reste donc posée. Par ailleurs, force est de constater que le tabac joue souvent un rôle d'échange social entre les détenus et les personnels, ces derniers n'hésitant pas à « dépanner » les détenus en manque. Le tabac permet souvent de calmer les tensions.

Les établissements pénitentiaires peuvent être déclinés en maisons d'arrêt, en centres de détentions et en maisons centrales. La consommation de tabac y est autorisée et les règlements en vigueur doivent être respectés. S'il est, en théorie, interdit de fumer dans les coursives ou les lieux d'activité, les détenus peuvent, en revanche, fumer dans leur cellule, celle-ci étant considérée comme un lieu privé. La cellule – cet espace de vie ou de survie – n'est pas choisie par le détenu. De surcroît, la cellule individuelle demeure un luxe en France. Fumeurs et non-fumeurs peuvent ainsi être amenés à cohabiter dans un espace réduit dont la ventilation est souvent défectueuse. Les soignants peuvent réaliser des certificats pour permettre à certains détenus d'occuper une cellule non-fumeurs. L'administration pénitentiaire ne répond pas toujours positivement aux demandes.

La consommation de tabac est interdite dans les établissements pour mineurs. Cette interdiction entraîne des tensions, les adolescents accueillis étant contraints à l'arrêt du tabac. En cas d'hospitalisation, les personnes incarcérées n'auront pas la possibilité de fumer puisque contrairement aux autres patients, elles ne sont pas autorisées à quitter leur chambre pour fumer dehors. Il en est de même dans les Unités hospitalières sécurisées interrégionales (pour les hospitalisations longues). Les autorisations de fumer sont rares hormis dans les établissements qui disposent d'une cour de promenade. La dépendance au tabac est si forte

en prison, que certains détenus refusent de se faire soigner de peur d'être hospitalisés et d'être forcés (ne serait-ce que temporairement) à arrêter de fumer.

Un système de « cantine » a été mis en place pour permettre aux détenus d'acheter du tabac (cigarettes ou pot de tabac). L'argent étant proscrit en prison, les détenus disposent d'un compte qui sera débité par l'administration pénitentiaire. Ceux qui ne disposent pas des moyens nécessaires pratiquent le troc. Des paquets de cigarettes peuvent être ainsi échangés contre des biens de consommation courante. Bien qu'il soit interdit, le cannabis est toléré en prison pour des raisons de paix sociale. « Une personne contrôlée par le produit n'est plus à contrôler par le surveillant ». S'agissant enfin de la cigarette électronique, autorisée depuis août 2014, elle est « cantinable » au même titre que les cigarettes classiques. Toutefois, la personne qui rentre en détention ne peut pas utiliser sa propre cigarette électronique et doit en acheter une nouvelle à l'administration pénitentiaire.

■ La fonction de la cigarette en milieu carcéral : L'arrêt du tabac est-il possible en prison ?

Les raisons pour continuer de fumer en prison sont nombreuses. Le temps en milieu carcéral est immobile. Il ne « passe pas ». Les détenus ont l'impression de faire du surplace. Lorsqu'on est en cellule, on passe le temps comme on peut. La gestuelle du tabac devient primordiale. La consommation de tabac est une occasion de partage avec le codétenu. Les comorbidités psychiatriques sont importantes en milieu carcéral. Le tabac permet de gérer les pulsions, les émotions et la frustration. Pour de nombreux écroués, la cigarette demeure leur « seul plaisir ».

Est-il possible d'arrêter le tabac en prison ? Beaucoup de détenus se retrouvent contraints d'arrêter lors de leur détention. Certains ne disposent plus des moyens pour se procurer des cigarettes. Certains incarcérés vont passer du cannabis à la cigarette « classique ». L'incarcération – le fait d'être centré sur soi-même – peut entraîner une forme de prise de conscience. Toutefois, la valeur financière du produit demeure le principal argument pour arrêter la consommation de tabac. Les détenus disposent de beaucoup moins de ressources qu'à l'extérieur (y compris les actifs dont la rémunération mensuelle est de 300 euros en moyenne). Toutefois, les cigarettes peuvent constituer une forme de monnaie d'échange et certains non-fumeurs s'en procurent pour pratiquer le troc. Les soignants peuvent enfin se saisir de l'argument santé pour inciter les détenus à arrêter de fumer.

Les détenus comme les personnels ont une méconnaissance globale des risques liés au tabagisme et ont donc tendance à minimiser la problématique. Les représentations sur les avantages de la diminution de l'usage ou de l'arrêt demeurent largement erronées. Les agents de l'administration pénitentiaire demeurent persuadés que le tabac est un facteur de paix sociale. Quant aux soignants, ils font souvent face à des problématiques addictives plus urgentes. Ils ne disposent pas, de surcroît, des moyens qui leur permettrait de proposer aux détenus un accompagnement au sevrage tabagique.

© La tabacologie en milieu carcéral

● Dominique Blanc
AP-HM

Le tabagisme en France concerne environ 34 % des adultes. En milieu carcéral, il concerne environ 80 % des détenus. Les études réalisées à la prison des Baumettes confirment ce chiffre. Une enquête statistique a été réalisée à partir des fiches remplies lors de la consultation proposée aux nouveaux arrivants. D'après les données analysées de 928 personnes interrogées entre septembre 2014 et janvier 2015, 77 % étaient fumeurs. Seulement 4 % des arrivants acceptent, au moment de leur détention, un suivi pour arrêter le tabac et ce suivi n'est proposé qu'à 20 % des nouveaux détenus.

La loi Evin n'est absolument pas respectée en prison, ni par l'administration pénitentiaire, ni par les surveillants ou les détenus. Une partie des soignants s'autorise même à fumer dans les infirmeries. Si on retrouve en prison les motivations habituelles d'arrêt du tabac (santé, finance, se libérer de la dépendance, acquérir un bien-être, pratiquer un sport) que l'on rencontre à l'extérieur, les détenus font face à des problématiques spécifiques qui rendent toute décision plus difficile. Les finances, comme expliqué précédemment, constituent une problématique extrêmement prégnante en milieu carcéral. Les détenus rencontrent des difficultés d'approvisionnement en tabac et les fumeurs vivent sous la menace de se faire voler leurs produits. Le niveau de violence qu'entraîne la consommation de tabac est inimaginable pour ceux qui ne travaillent pas dans un établissement pénitentiaire. Au-delà des agressions perpétrées pour se procurer du tabac on compte un nombre considérable d'automutilations qui sont générées par le sevrage et le manque brutal de cigarettes. Le tabac favorise, par ailleurs, des échanges de « services » de tout ordre, y compris sexuels, ainsi le développement d'une forme de marché noir à coût usurier (le système de « cantine » est dysfonctionnel, même pour ceux qui disposent de l'argent nécessaire). Seul l'arrêt du tabac peut aider les détenus à sortir de ces cercles vicieux.

On peut, toutefois, souligner plusieurs leviers spécifiques pour l'arrêt du tabac en prison. Certains détenus utilisent leur temps de détention pour se réhabiliter (santé, école, formation professionnelle sport) et sortir « clean » pour leur famille. Les freins demeurent malheureusement très nombreux. Le niveau de stress en prison est très élevé. L'oisiveté aidant, les personnes ont « beaucoup de temps à tuer » qu'ils utilisent à fumer. La prison, plus généralement, est un environnement fumeur qui entraîne un niveau de dépendance sociale élevé.

■ La mise en place d'une aide à l'arrêt du tabac.

Des consultations spécifiques d'aide à l'arrêt du tabac ont été mises en place à la Maison d'arrêt des hommes (MAH) et à la maison d'arrêt des femmes (MAF). Cette consultation est mentionnée à l'arrivée ou, ensuite, lors de consultations spécifiques. L'orientation se fait soit par les médecins généralistes ou spécialistes, notamment les dentistes. La mise en place du système a nécessité, dans un premier temps, une sensibilisation de l'ensemble des soignants ainsi que du personnel de la pharmacie. Il est à noter que la pharmacienne de l'établissement, très entreprenante pour favoriser l'accès aux soins des détenus, a obtenu l'accès aux substituts nicotiques gratuits pour l'ensemble des personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. Dans le passé, cet accès était réservé aux personnes souffrant de pathologies graves ou chroniques ou à ceux qui devaient subir une intervention chirurgicale. Le stock de substituts est géré par l'infirmerie. Le CMPR a également été sensibilisé.

Lors de la première consultation, un état des lieux du tabagisme est établi. Le patient est interrogé sur sa consommation (types et quantités de produits consommés). La dépendance physique à la nicotine est estimée par le questionnaire de Fagerström. Un test respiratoire est systématiquement réalisé pour déterminer le taux de monoxyde de carbone (CO). Les fumeurs sont souvent incapables d'estimer avec quelle profondeur ils inhalent la fumée de tabac. La mesure du CO permet de déterminer l'intensité avec laquelle une personne fume. La quantité fumée est très peu représentative du niveau d'intoxication. Le patient est également interrogé sur ses co-consommations. Comme rappelé précédemment la consommation de cannabis concernerait 30 à 40 % des détenus (ce pourcentage augmenterait chez les plus jeunes âgés de moins de trente ans). Un bilan des motivations est ensuite réalisé et le patient est interrogé sur son ou ses objectifs (baisse ou arrêt de la consommation) et les modalités qu'il envisage de mettre en œuvre pour y parvenir (un sevrage direct ou progressif). Lors des consultations suivantes, un bilan des progressions est réalisé pour identifier les améliorations (au travers, notamment, du test respiratoire), mais aussi les freins ou les difficultés rencontrées.

Depuis le printemps 2013, les détenus ont accès à des substituts nicotiques gratuits. Néanmoins, l'établissement ne dispose que d'un seul laboratoire fournisseur et les patients peuvent bénéficier de Nicopatch (21,14 et 7 mg) et de Nicopass à 2,5 mg. Les thérapies cognitives et comportementales sont favorisées ainsi que le « *counseling* » (soutien et valorisation de la démarche). Chaque bâtiment disposait auparavant d'une dotation pour les différents protocoles de prise en charge du tabac. Pour l'aide au sevrage, avec l'ordonnance, le patient se présentait aux IDE qui dispensaient (en principe) un ou deux jours de traitement en attendant la totalité préparée par la pharmacie. Chaque infirmière ayant une pratique spécifique, le système ne fonctionnait pas correctement. Dorénavant, les deux jours de traitement sont donnés par le prescripteur et les patients sont convoqués, selon un calendrier prédéfini, pour obtenir le reste de leur traitement.

Un certain nombre de difficultés sont toutefois rencontrées. De nombreuses convocations ne sont pas honorées. Certains patients ne reçoivent pas leur convocation ou leur sortie est refusée par le surveillant. De la même manière, il est parfois difficile de fournir les traitements.

■ Un premier bilan

Sur un an, 198 hommes ont été convoqués sur un total de 41 semaines. Chaque personne a pu être convoquée de 1 à 16 fois. En principe, les patients étaient convoqués une à deux fois, cependant en cas de pathologies graves, des interventions programmées ont été convoquées de façon insistante. Chaque personne a pu bénéficier de 1 à 6 consultations et au total, 67 demi-journées de consultations tabac ont été assurées en un an. Sur les 198 patients différents convoqués, 68 ne sont jamais venus, et cela, malgré plusieurs convocations. Sur un an, 22 femmes sont venues pour au moins 1 consultation. Chaque personne a pu bénéficier de 1 à 5 consultations. Les mineures de la MAF, aussi bien que les femmes enceintes étaient systématiquement convoquées. Sur la période, des substituts nicotiques ont été prescrits à 390 patients, tous protocoles confondus.

Entre janvier et avril 2015, 77 patients différents ont été suivis (sur 770 fumeurs) avec 172 convocations. 24 patients ne sont jamais venus et 34 ne sont venus qu'une fois (ce qui reste insuffisant pour un véritable suivi du sevrage tabagique). Malgré cela, 10 personnes ont réussi à baisser leur taux de CO à un niveau inférieur à 5.

Ainsi, en un an, 152 personnes ont été suivies pour leur tabagisme (165 sur les 4 premiers mois de l'année 2015). L'accès aux substituts nicotiques gratuits et combinés (patch et pastille) offre la meilleure prise en charge. L'accessibilité aux consultations et aux substituts reste néanmoins très problématique. L'analyse prospective doit être poursuivie sur plusieurs mois pour appréhender le succès de cette entreprise. Cette prise en charge devrait se généraliser à tous les lieux de détention.

📍 **Actions de prévention du tabagisme au quartier pour mineurs du Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gragnan**

● **Fabienne Le Monnier**

Unité Sanitaire du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gragnan

● **Gaëlle Charlot**

SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gragnan

La Loi Evin du 10 janvier 1991 a fixé l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 a fixé ensuite les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Enfin, la circulaire interministérielle DHOS/O2/DAP n° 2007-157 du 31 janvier 2007 a précisé les modalités particulières d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire. Cette circulaire entraîne une double interdiction : une première liée au statut de

l'établissement, une autre liée à l'âge des personnes. L'interdiction de fumer dans les quartiers mineurs des établissements pénitentiaires est totale quel que soit le lieu, fermé ou non et couvert ou non. Des sanctions disciplinaires sont en outre prévues en cas de non-respect de l'interdiction. Toutefois, avant le prononcé d'une sanction, une évaluation préalable des efforts accomplis par le mineur pour arrêter de fumer est effectuée et son engagement éventuel dans une véritable démarche de soins est pris en compte.

L'entrée en quartier pour mineurs entraîne donc un sevrage brutal des adolescents qui peut entraîner des difficultés comportementales, notamment avec l'administration pénitentiaire. C'est dans ce contexte que l'administration du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, consciente de son impuissance, a souhaité monter un projet d'éducation à la santé pour expliquer aux mineurs les conséquences du tabagisme et leur proposer des traitements thérapeutiques.

■ Les objectifs du projet d'éducation

Le quartier mineur du centre pénitentiaire accueille 31 adolescents dont l'âge moyen est de 16,7 ans. Il s'agit, pour 79 % d'entre eux, d'une première incarcération. 87 % des mineurs incarcérés sont fumeurs quotidiens (100 % avaient déjà fumé une cigarette). Ils ont fumé leur première cigarette en moyenne à 11,7 ans. Leur consommation moyenne quotidienne avant incarcération est de 16,8 cigarettes. La population accueillie est donc très dépendante.

Le projet d'éducation mis en œuvre a pour objectifs d'informer les adolescents sur :

- ✓ la composition des cigarettes ;
- ✓ le phénomène d'addiction/ de dépendance ;
- ✓ les conséquences du tabac sur la santé, aussi bien à court terme (acné/sexualité/fertilité) qu'à long terme (troubles respiratoires, cardiaques) ;
- ✓ les symptômes du sevrage (irritabilité, intolérance à la frustration, troubles du comportement) ;
- ✓ les différentes méthodes de prise en charge du sevrage tabagique (à noter que le bupropion et la varénicline n'ont pas l'AMM chez les moins de 18 ans)
- ✓ les bénéfices à l'arrêt du tabac.

■ La méthode

Les consultations sont conduites par deux intervenants : un intervenant référent du quartier mineur pour le SMPR et un intervenant spécialisé en tabacologie pour l'UCSA. La durée des séances est de 30 minutes. Des groupes de 3 à 5 personnes (en moyenne) sont accueillis à chaque consultation. Le nombre de séances varie de 1 à 5 en fonction de la durée d'incarcération de l'adolescent et de sa demande. Les séances ne sont pas obligatoires et le taux de fréquentation est de 50 %.

Les outils utilisés sont multiples et sont adaptés en fonction des séances. Des jeux (vrai/faux et QCM) peuvent être proposés. Des discussions autour des affiches de prévention sont proposées. Les intervenants peuvent utiliser la méthode du « métaplan » ou inciter les patients à s'exprimer à travers un dessin (afin de verbaliser ce qu'ils n'arrivent pas à exprimer).

■ La méthode

21 patients ont participé au groupe, dont 4 à 2 reprises. 6 y avaient déjà assisté lors d'une précédente incarcération. 5 adolescents ont sollicité un traitement par substitut nicotinique. Ce traitement est gratuit. 3 types de substituts sont proposés : les patchs, les inhalateurs et les comprimés.

Les séances favorisent l'émergence de la parole entre les différents patients qui peuvent ainsi partager leurs expériences et leur vécu par rapport à la cigarette. Ils expliquent leur vision et

les représentations qu'ils se font par rapport à leur consommation de tabac. Ces séances leur permettent, par ailleurs, de se confronter aux autres et aux principes de réalité, notamment les conséquences que cette consommation peut avoir sur leur santé.

● Questions de la salle

Agnès Sénézergues souhaite savoir si les différents intervenants ont éprouvé des difficultés particulières, notamment de la part de l'administration pénitentiaire, pour mettre en œuvre leurs différents programmes.

S'agissant du quartier des mineurs, Fabienne Le Monnier rappelle que la demande a été formulée par l'administration pénitentiaire elle-même. D'ailleurs, les retours sont très positifs, l'administration ayant noté que la relation qu'elle avait avec les mineurs s'était apaisée. Gaëlle Charlot ajoute qu'il y a deux ans, un mineur avait mis le feu à sa cellule parce qu'il n'avait pas de cigarettes. L'administration pénitentiaire était donc parfaitement consciente de la nécessité de mettre en place ce type de programme.

Dominique Blanc rappelle que l'administration pénitentiaire, du fait de la surpopulation, se préoccupe plus de la sécurité que du soin. Quand le manque de soin entraîne des problèmes de sécurité, elle fait appel à elle.

Philippe Michaud rappelle que la contrainte qui pèse sur l'univers carcéral est celle de la société tout entière. La principale difficulté à laquelle doivent faire face les prisons est la surpopulation. Les personnels pénitentiaires ne sont pas responsables de la « manie d'incarcération » des juges français. S'agissant plus particulièrement du tabac, il estime que tous les obstacles à l'utilisation de la cigarette électronique en prison doivent être levés. Aujourd'hui, comme il l'a été rappelé précédemment, la personne qui rentre en détention ne peut pas utiliser sa propre cigarette électronique et doit en acheter une nouvelle à l'administration pénitentiaire. Malheureusement, elles ne sont pas disponibles dans toutes les cantines. La mise à disposition de patchs gratuits doit également être généralisée à l'ensemble des établissements.

Le débat s'engage autour de la question du manque d'intervenants et de tabacologues en prison. C'est pour cette raison que Dominique Blanc a formé les psychiatres de l'établissement pour qu'ils soient en capacité de prescrire au sein du SMPR et que les patients qui souhaitent être pris en charge puissent l'être rapidement. Elle envisage également de sensibiliser prochainement le CSAPA.

En réponse à une question posée par le un participant sur l'organisation de séances de groupe pour le sevrage tabagique, Dominique Blanc précise que si elle est très favorable à la formation collective, les différents projets en ce sens n'ont pas pu aboutir. Des projets pourraient éventuellement être montés avec le CSAPA ou le SMPR, l'organisation d'activités collectives étant inscrite au titre de leurs missions.

Sur ce point, Fabienne Le Monnier indique que des sessions de groupe de parole ont été proposées au Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan pour les personnes en sevrage. Pour des raisons de sécurité, les listes des participants doivent être fournies à l'administration pénitentiaire une semaine avant l'organisation de la session.

TABLE RONDE : EXPÉRIENCES INNOVANTES D'UTILISATION DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Animation : Serge Longère, directeur des CAARUD Proses et Bus 31-32

 **Cigarette électronique en CAARUD**
 **Agnès Laborde**
CAARUD PROSES, Montreuil

Agnès Laborde intervient au sein de l'association PROSES qui regroupe deux CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), un pavillon d'hébergement et une unité mobile. Les CAARUD ont pour principal objectif de réduire les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues. Pour répondre concrètement à cette mission, les centres distribuent du matériel stérile et organisent des échanges avec les usagers autour des consommations de substances psychoactives licites et illicites.

L'arrivée de la cigarette électronique dans les actions du CAARUD date de 2013, année pendant laquelle l'unité mobile a remarqué qu'un certain nombre d'usagers utilisaient ce nouvel outil. Interrogés sur les motivations qui les avaient poussés à adopter la cigarette électronique, ils répondaient qu'elle permettait avant tout de réduire les risques liés au tabac. La majorité des usagers fument depuis l'adolescence et ils ont essayé, en vain, tous les substituts disponibles pour tenter d'arrêter de fumer. L'arrivée de la cigarette électronique leur a permis d'appréhender différemment l'arrêt du tabac. Cela étant dit, certains l'utilisent uniquement pour faire des pauses dans leur consommation quotidienne et réduire ainsi le nombre de cigarettes « classiques » fumées au cours de la journée. Il convient de noter que l'aspect financier n'a jamais été mis en avant par les usagers.

Néanmoins, les usagers de la cigarette électronique ont un certain profil. Les personnes qui utilisent ce produit sont celles qui sont capables d'y investir une certaine somme de départ. La qualité du matériel est un argument très important. Les usagers qui utilisent des matériels bas de gamme à petit prix sont très souvent déçus et l'abandonnent rapidement. Il faut, par ailleurs, avoir accès facilement à l'électricité pour recharger régulièrement les batteries. Enfin, les usagers de la cigarette électronique sont ceux dont les besoins physiologiques sont satisfaits.

Les retours sur l'utilisation de la cigarette électronique sont à la fois positifs et négatifs. De nombreux usagers évoquent l'amélioration de leurs capacités respiratoires. Les pannes de batteries et la fragilité du matériel constituent les principaux points négatifs. D'ailleurs, la majorité des usagers gardent sur eux un paquet de cigarettes pour ne jamais se retrouver au dépourvu.

Aujourd'hui, Agnès Laborde constate que le nombre d'usagers exclusivement vapoteurs de l'unité mobile a diminué. Certains usagers préfèrent prendre des risques définis comme celui de fumer du tabac plutôt que d'utiliser la cigarette électronique (dont le risque n'a pas encore été clairement défini).

L'arrivée de la cigarette électronique a permis d'échanger autour de la consommation de tabac des usagers, un sujet qui était rarement abordé dans le passé. La plupart des usagers constatent une amélioration de leur état de santé. La cigarette électronique leur a permis de réduire le nombre de cigarettes fumées dans la journée et les a incités à prendre soin d'eux-

mêmes. Les usagers qui ont réussi à améliorer leurs capacités respiratoires sont plus enclins à améliorer leur hygiène de vie (reprendre le sport, par exemple).

🕒 **Le vapoteur personnel en maison d'accueil spécialisée pour patients atteints de syndrome de Korsakoff**

● **Philippe Michaud**
Hôpital Nord 92

L'Unité Serge Korsakoff a été ouverte il y a 15 mois dans le but de prendre en charge les troubles cognitifs liés à l'alcool. Intégrée dans une Maison d'accueil spécialisée (MAS), elle est tournée vers le soin. Son objectif est la rééducation et la réadaptation des patients. Accueillis pendant des séjours pouvant aller de 8 à 24 mois, ils sont suivis par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, d'aides médicopsychologiques, d'un neuropsychologue, d'une psychomotricienne, d'un éducateur spécialisé, d'une assistante sociale, d'un professeur d'éducation physique adaptée et d'une animatrice de loisirs.

Tous les patients souffrent d'un syndrome de Korsakoff, lequel a été diagnostiqué avant l'entrée dans l'unité. Ils ont été adressés entre trois mois et un an après leur sevrage. Ils sont âgés de 43 à 70 ans. Les personnes accueillies souffrent de troubles de la mémoire (dont la gravité peut varier) ainsi que de troubles des fonctions exécutives (surtout des troubles de l'inhibition), des troubles anxiodépressifs et comportementaux (la kleptomanie, par exemple). Tous les patients accueillis étaient fumeurs avant l'entrée dans le trouble cognitif majeur. Si certains sont sevrés (le plus souvent avec des traitements de substituts nicotiques, pendant le temps hospitalier) trois quarts sont encore concernés par le tabagisme actif à l'admission.

Philippe Michaud prend l'exemple, pour appuyer son propos, d'une patiente dont un infirmier a relevé les demandes de cigarettes pendant une période de 12 heures. Celle-ci quémandait auprès du service infirmier une cigarette environ 10 fois par heure, soit environ 140 fois par jour. La personne atteinte d'un syndrome de Korsakoff vit toujours dans le présent immédiat et l'anosognosie est le plus souvent intense. Le ressenti anxieux est cependant très présent puisque ces personnes vivent dans un sentiment d'anomalie. Le fumeur dépendant est conditionné à considérer que sa tension anxieuse est liée au besoin de tabac et que la cigarette va apaiser immédiatement la tension, ce qui est vrai dans une certaine mesure, pendant un temps donné. Au fumeur atteint du syndrome de Korsakoff, il manque ce « temps donné ». Ainsi, s'agissant de la patiente évoquée plus haut, la demande de cigarette constitue un véritable appel au secours, car le fait de fumer ne lui apporte aucun soulagement.

L'unité étant un lieu de soin public, la consommation du tabac y est strictement interdite, y compris dans les chambres (toutes équipées d'un détecteur de fumée). Les patients qui souhaitent fumer doivent donc se rendre à l'extérieur de l'unité. Le risque de fugue étant important, elles sont systématiquement accompagnées, souvent par un membre de l'équipe médicale. Par ailleurs, les patients étant souvent sous tutelle ou sous curatelle, ils ne disposent que rarement des moyens financiers nécessaires pour se procurer du tabac. L'Unité ne dispose, de surcroît, d'aucun financement pour des timbres ou tout autre traitement de substitut nicotinique. Le tabac est stocké à l'infirmerie et une virée collective au patio est organisée une fois par heure. Pour pallier ces difficultés, l'utilisation de la cigarette électronique est désormais autorisée dans l'unité.

L'unité a organisé une réunion d'information pour promouvoir l'utilisation de la cigarette électronique auprès de ses patients. Un déplacement en boutique a été proposé avec les patients concernés. L'usage dans les chambres et dans les parties communes est autorisé. Son utilisation est restreinte dans les salles d'utilisation collective pour éviter le stimulus. L'unité a également créé un lieu spécifique (« un vapotoir ») pour accueillir les utilisateurs. La consigne a toutefois été donnée aux patients d'accrocher leur cigarette électronique à leur cou (comme les clés de leur chambre).

5 patients sur les 14 présents utilisent régulièrement la cigarette électronique. Un l'utilise uniquement le soir, car il n'est plus possible de descendre dans le patio. Ceux qui l'ont au cou l'utilisent plus souvent et ont considérablement réduit leur usage du tabac (toutes les femmes et un homme). Les autres manifestent toutefois une adhésion moins forte et laissent souvent leur vapoteuse dans leur chambre. Il est à noter que certains personnels fumeurs utilisent dorénavant la cigarette électronique.

La démarche, malgré ses résultats positifs, a certaines limites. Le personnel a des difficultés à assurer le contrôle des cigarettes électroniques notamment pour le vol, et ceci d'autant plus que l'unité accueille une patiente kleptomane. Cependant, la cigarette électronique offre une réponse immédiate qui semble la mieux adaptée à certaines situations concrètes pour réduire les risques attachés au tabagisme des patients.

● Questions de la salle

Bertrand Dautzenberg tient à rappeler que l'on dispose aujourd'hui de beaucoup plus d'informations sur la vapeur des cigarettes électroniques que sur la fumée du tabac. Le risque des cigarettes électroniques est très inférieur à celui des cigarettes « classiques ».

Anne Borgne remercie Agnès Laborde pour sa présentation qu'elle a trouvée très intéressante. Cette expérience devrait, selon elle, être divulguée dans l'ensemble des CAARUD. Elle informe les participants que l'association AIDUCE (Association indépendante des utilisateurs de cigarette électronique) a publié récemment un petit fascicule, lequel pourrait constituer un outil d'information pour les CAARUD et leurs usagers.

Dominique Blanc fait observer que si les utilisateurs de la cigarette électronique ne sont pas engagés dans une démarche de sevrage, ils réduisent toutefois les risques liés au tabac. La cigarette électronique constitue un outil parmi d'autres. Si aujourd'hui, de nombreuses personnes n'ont pas confiance dans les patches, c'est pour la simple raison qu'ils n'ont eu aucune prise en charge de leur dépendance comportementale.

CONCLUSION

● **Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction**

Le RESPADD a décidé de « désobéir » à l'OMS qui avait choisi, pour cette année, la thématique de la contrebande. Jean-Pierre Couteron est convaincu que le RESPADD a eu raison. La transgression n'est pas toujours négative surtout lorsqu'elle est respectueuse.

Jean-Pierre Couteron a retenu, de ce colloque, plusieurs points qui lui semblent essentiels. Il souligne l'augmentation des inégalités sociales de santé au regard des efforts de prévention. Dans sa présentation, Patrick Péretti-Watel a, par ailleurs, montré que la fonction sociale du tabac comme objet de détente était culturellement fabriquée. Ce fait a été confirmé dans les autres présentations. Il concerne aussi bien les personnes incarcérées que les personnes touchées par le VIH. Force est de constater que les outils de prévention déployés ces dernières années n'ont pas su prendre en compte cette dimension pourtant essentielle.

Le mot « plaisir » a également été évoqué à plusieurs reprises. Plusieurs participants estiment que la notion de sortie du tabac doit être rendue plus attractive et qu'elle peut se faire par le plaisir et non plus seulement par la contrainte.

Pour conclure, Jean-Pierre Couteron rappelle que pour être efficaces, les trajectoires de soins doivent être connectées aux trajectoires de vie. Les intervenants de chacune des tables rondes s'emploient, à ce titre, à prendre le savoir standard et de le redéployer en fonction des particularités des publics auxquels ils s'adressent pour répondre à leurs vulnérabilités.

Jean-Pierre Couteron remercie l'ensemble des participants et contributeurs à cette journée.