

alcoologie et addictologie

2024

LA REVUE

T44 N2

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson

Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daepfen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : + 33 6 60 58 06 05

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème
étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : + 33 6 60 58 06 05

Dépôt Légal mars 2020 ISSN 2554-4853

La revue *Alcoologie et Addictologie* est indexée dans
les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et
SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans
"Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

T44 N2

Journées de la Société Française d'Alcoologie

■ Nous avons un gros problème avec l'alcool, pourquoi ne pas
voir l'éléphant dans la pièce ?

Naassila Mickael

■ Le Thermomètre de la santé : usages de tabac, d'alcool et de
cannabis chez les personnes en situation de handicap
intellectuel

*Ben Lakhdar Christian, Massin Sophie, la délégation régionale de
« Nous Aussi » et l'UNAPEI Hauts-de-France*

■ Prise en charge de l'usage combiné du tabac et du cannabis

Deschenau Alice, Malécot Marie, Underner Michel

■ Evolution des consommations de tabac et d'alcool en France
pendant le confinement du printemps 2020. Résultats des
enquêtes CoviPrev et ViQuoP

*Quatremère Guillemette, Guignard Romain, Andler Raphaël,
Sempé Sandie, Houzelle Nathalie, Nguyen-Thanh Viêt*

■ Prescription des traitements agonistes opioïdes en milieu
carcéral dans les Hauts-de-France : enquête auprès des
professionnels réalisée entre 2019 et 2020

Joubert Claire, Eck Marion, Fovet Thomas

■ Splendeur de l'incapacité

Veissière Pierre

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Des recommandations plus détaillées sont disponibles sur le site internet <https://sfalcoologie.fr/revue/>. Se référer en outre au Projet éditorial.

Le manuscrit doit être soumis pour une rubrique donnée par l'un de ses auteurs, qui fait parvenir au rédacteur en chef

Un exemplaire papier, ainsi que la version électronique par courriel à sfa@sfalcoologie.fr

Alcoologie et Addictologie accepte la soumission de manuscrits rédigés en français et en anglais.

PAGE DE TITRE

- Elle doit comporter le titre de l'article (pas plus de huit mots ; éviter les abréviations)
- Les noms (seule l'initiale en capitale), prénom (en toutes lettres), titre,
- Adresse professionnelle et adresse électronique de chacun des auteurs
- Le nom de l'auteur correspondant
- Une déclaration des éventuels liens d'intérêt

RÉSUMÉ et MOTS-CLÉS

Le résumé du manuscrit doit comporter 200 mots. Pour la rubrique Recherche, il doit être structuré en sections distinctes : Contexte, Méthodes, Résultats, Discussion.

Proposer de trois à cinq mots-clés.

Une version anglaise du résumé et des mots-clés peut être proposée à la rédaction.

INTRODUCTION

Il convient de la rédiger de sorte de la rendre accessible à tout lecteur non spécialiste du domaine.

MÉTHODES (rubrique Recherche)

La partie Méthodes doit comporter le protocole de l'étude et le type d'analyse statistique utilisé, ainsi que la déclaration du consentement des sujets.

RÉSULTATS (rubrique Recherche)

Les données expérimentales doivent être décrites succinctement mais complètement dans le texte, sans redondance ni différence avec celles des figures et tableaux.

DISCUSSION et CONCLUSION

La discussion des résultats de l'étude et de leur interprétation doit être brève et focalisée sur les données. Il convient d'expliquer d'éventuelles autres interprétations et les limites du protocole.

Dans tous les cas, le manuscrit devra être structuré à partir de points-clés de la réflexion.

Longueur du texte. La longueur des articles est limitée à 4 000 mots pour les Recherches et les Mises au point. Les Regards critiques, Pratiques cliniques et autres textes ne doivent pas dépasser 2 000 mots.

Abréviations. Recourir le moins possible aux abréviations. Les définir lors de leur première utilisation dans le texte.

Co-auteurs. Afin de mentionner correctement l'apport de chaque auteur à l'article. Il convient de préciser la contribution de chacun d'entre eux.

Remerciements. Il convient de remercier toute personne ayant contribué de manière substantielle à l'article sans pour autant pouvoir être considérée comme un co-auteur.

Notes de bas de page. Elles ne sont pas autorisées.

RÉFÉRENCES

Prière de les limiter à 50 (voire 100 pour les Revues systématiques uniquement).

Elles sont numérotées dans l'ordre de leur apparition dans le texte, sans mise en forme automatique, et figurent sur pages séparées après le texte.

Tout lien Internet et adresse URL, y compris vers les propres sites des auteurs, doit figurer dans la liste des références avec un numéro et non dans le corps du texte du manuscrit. Pour répondre aux exigences nécessaires à l'indexation d'Alcoologie et Addictologie dans les bases de données internationales, nous avons adopté les Normes éditoriales de Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Exemples de références dans Alcoologie et Addictologie

- Article dans un journal
- Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. Alcoologie et Addictologie. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
- Article sous presse
- Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcool-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. Alcoologie et Addictologie. Forthcoming 2011.
- Chapitre d'un livre, ou article au sein d'un livre
- Idès J. Jeu pathologique. In : Lejoyeux M, éditeur. Addictologie. Paris J. Masson; 2008. p. 229-38.

ILLUSTRATIONS

Il convient de fournir les illustrations sur des fichiers distincts de celui du texte. Veuillez noter qu'il est de la responsabilité des auteurs d'obtenir l'accord du détenteur de copyright avant de reproduire des figures ou tableaux précédemment publiés ailleurs. Les tableaux doivent être appelés dans le texte, numérotés en chiffres romains. Les figures répondent aux mêmes normes et sont numérotées en chiffres arabes.

Rédacteur en chef : Pr Amine Benyamina, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos - Tél : + 33 6 60 58 06 05 - Courriel : sfa@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>

alcoologie addictologie

2024

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Bertin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson
Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daeppen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage,
59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020 ISSN 2554-4853

La revue Alcoologie et Addictologie est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsyclINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

SOMMAIRE

Alcoologie et Addictologie 2024 ; T44 N2 : 1-84

EDITORIAL

- 3** Nous avons un gros problème avec l'alcool, pourquoi ne pas voir l'éléphant dans la pièce ?
Naassila Mickael
- 14** Le Thermomètre de la santé : usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez les personnes en situation de handicap intellectuel
Ben Lakhdar Christian, Massin Sophie, la délégation régionale de « Nous Aussi » et l'UNAPEI Hauts-de-France
- 23** Prise en charge de l'usage combiné du tabac et du cannabis
Deschenau Alice, Malécot Marie, Underner Michel
- 34** Evolution des consommations de tabac et d'alcool en France pendant le confinement du printemps 2020. Résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP
Quatremère Guillemette, Guignard Romain, Andler Raphaël, Sempé Sandie, Houzelle Nathalie, Nguyen-Thanh Viêt
- 56** Prescription des traitements agonistes opioïdes en milieu carcéral dans les Hauts-de-France : enquête auprès des professionnels réalisée entre 2019 et 2020
Joubert Claire, Eck Marion, Fovet Thomas
- 73** Splendeur de l'incapacité
Veissière Pierre



alcoologie addictologie 2024

Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson
Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daeppen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage,
59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Contents

Alcoologie et Addictologie 2024 ; T44 N2

EDITORIAL

- 3** We have a major problem with alcohol, why not acknowledge the elephant in the room?
Naassila Mickael
- 14** The Health Thermometer: Tobacco, Alcohol, and Cannabis Use Among People with Intellectual Disabilities
Ben Lakhdar Christian, Massin Sophie, la délégation régionale de « Nous Aussi » et l'UNAPEI Hauts-de-France
- 23** Management of Combined Tobacco and Cannabis Use
Deschenau Alice, Malécot Marie, Underner Michel
- 34** Evolution of Tobacco and Alcohol Consumption in France During the Spring 2020 Lockdown: Results from the CoviPrev and ViQuoP Surveys
Quatremère Guillemette, Guignard Romain, Andler Raphaël, Sempé Sandie, Houzelle Nathalie, Nguyen-Thanh Viêt
- 56** Prescription of Opioid Agonist Treatments in Prisons in Hauts-de-France: Survey of Professionals Conducted Between 2019 and 2020
Joubert Claire, Eck Marion, Fovet Thomas
- 73** The Splendor of Incapacity
Veissière Pierre

EDITO

Nous avons un gros problème avec l'alcool, pourquoi ne pas voir l'éléphant dans la pièce ?

Naassila Mickael^{1,*}



Professeur de physiologie, Président de la SFA, Président de l'ESBRA, Vice-président de l'ISBRA et de la FFA. Responsable du Réseau national de recherche en alcoologie REUNIRA et du projet AlcoolConsScience.¹ Université de Picardie Jules Verne, Unité INSERM UMRS1247, Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances (GRAP), Amiens, France

* Correspondance : Pr Mickael Naassila, Université de Picardie Jules Verne, Centre Universitaire de recherche en Santé, Chemin du Thil, 80025, Amiens cedex 1, France. mickael.naassila@inserm.fr ; tél 03 22 82 76 72

@contact presse : Marie-Ange Testelin, Directrice Société Française d'Alcoologie (SFA) - Tél : + 33 6 60 58 06 05 Courriel : matestelin@sfalcoologie.fr Retrouver le site web <https://sfalcoologie.fr/>

Je vous écris en direct du congrès mondial 2024 sur l'alcool et les addictions de la Société internationale de recherche biomédicale sur l'alcoolisme (ISBRA), dont je suis le vice-président et la Société Asie-Pacifique pour la Recherche sur l'Alcoolisme et les Addictions (APSAAR) qui se tient actuellement à Melbourne.

Cet éditorial est très largement inspiré des communications qui ont été faites lors de ce congrès, notamment après les interventions des professeurs George Koob (Directeur du NIAAA) et Katie Witkiewitz. L'idée de cet édito est de mettre les pieds dans le plat et poser sur la table certains problèmes liés à la consommation d'alcool. Il m'a semblé important de rappeler certains enjeux essentiels pour que tout le monde sorte du déni. Je précise que les idées dans cet édito n'engagent que moi et je me permets d'écrire ici après bientôt 30 ans d'activités de recherche exclusivement dédiées à l'alcool.

J'arrive aussi maintenant à presque 10 ans d'ancienneté au poste de Président de la Société Française d'Alcool et c'est un véritable honneur qui m'a été fait de représenter la discipline alcoologique et addictologique. Je mesure aussi l'intention qui était de mettre en avant les connaissances scientifiques et la recherche pour faire rayonner la France à l'international. Je souhaite remercier vivement tous les administrateurs exceptionnels avec qui je travaille et qui se sont investis dans les activités de notre société savante de manière tout à fait bénévole. Je leur dédie ma nomination récente comme chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur par Madame Vautrin, ancienne Ministre de la santé. Cette nomination vient récompenser tout mon « investissement alcoologique » au nom et pour la Société Française d'Alcoologie.

La consommation d'alcool en France et l'impact sur la santé, où en sommes-nous ?

En France, la consommation moyenne est de 2,3 verres par jour, 11.7 litres d'alcool pur per capita et par an (soit environ 130 bouteilles de vin par an). Dix pourcents de la population consomment quotidiennement de l'alcool et 40% ont eu un épisode de forte consommation, c'est à dire au moins 6 verres en une occasion, l'année écoulée. Dans la cohorte CONSTANCES (des actifs) et en général, on estime à environ 10% la proportion de personnes qui présente un trouble de l'usage d'alcool (1). On sait aussi qu'environ 10% de la population consomme environ 60% de l'alcool disponible. Ces 10% sont un enjeu considérable pour les « alcooliers » car s'ils se mettaient soudainement à respecter les repères de consommation d'alcool, c'est une part très importante des bénéfices qui partirait en fumée. Perte de bénéfices estimée à 38% au Royaume-Uni (2).

La consommation d'alcool (et pas seulement la consommation excessive et pas seulement non plus les conséquences chez les personnes avec un trouble de l'usage d'alcool) représente un fardeau sanitaire et social considérable. On parle ici de plus de 200 maladies associées à la consommation d'alcool (3). Dans une étude récente, 207 maladies liées à l'alcool sont recensées : Maladies Infectieuses et parasitaires=7 ; Néoplasmes (tumeurs)=27 ; Sang et liés au système immunitaire=3 ; Endocrinien, nutritionnel et métabolique=6 ; Psychiatrique et comportemental=3 ; Liées au système

nerveux=7 ; Œil et annexes=7 ; Oreille et processus mastoïdien=3 ; Circulatoires=26 ; Respiratoires=23 ; Digestives=29 ; Peau et tissu sous-cutané=4 ; Musculosquelettiques=15 ; Génito-urinaires=15 ; Autres symptômes, signes et anomalies=16 ; Blessures, empoisonnements et autres causes externes=12 ; Causes externes=4) (3).

L'alcool affecte l'ensemble des organes et tout l'organisme. On comprend donc aisément pourquoi la consommation d'alcool est une des toute premières causes d'hospitalisation en France en 2015 (4). Les personnes en état d'intoxication éthylique « engorgent » les services des urgences des hôpitaux. Une proportion importante de certaines maladies, comme les cancers ou l'ostéoporose par exemple, est due à des consommations inférieures à nos recommandations actuelles (pas plus de 2 verres par jour et 10 verres par semaine et des jours sans consommation). En 2021, 22% des français buvaient au-dessus des repères de consommation d'alcool. Alors que l'alcool est un cancérigène reconnu de longue date et cause de nombreux cancers, même à des faibles niveaux de consommation, peu de personnes ont connaissance de ce lien entre cancer et alcool. Pire, la dernière enquête du baromètre cancer en France sortie en 2021 révèle qu'environ 25% des personnes pensent qu'un petit verre de vin de temps en temps pourrait prévenir du cancer. Mais comment a-t-on pu en arriver là ? Qui est responsable de cette situation ? La SFA a créé la ressource AlcoolConsoScience, justement pour améliorer les connaissances des professionnels de santé et du grand public et lutter contre les fausses croyances et la désinformation. Une longue histoire de minimisation du lien entre alcool et cancer a été savamment instillée dans la société par l'industrie de l'alcool (5).

Le trouble de l'usage d'alcool est l'une des toute premières causes de démences précoces en France (6). De très nombreux patients souffrant de troubles de l'usage d'alcool présentent aussi des troubles cognitifs plus ou moins sévères et plus ou moins réversibles. Ces troubles pourraient être prévenus par un repérage précoce et l'utilisation de la thiamine (vitamine B1) et pourtant elle n'est pas utilisée largement en préventif et n'est même pas remboursée. Quelle aberration ! Les patients souffrant des formes les plus sévères avec le syndrome de Korsakoff ne bénéficient pas de structures adaptées à cette maladie très invalidante, deuxième aberration. Je salue au passage l'association Aidons les Korsakoff qui milite pour l'amélioration des conditions de prise en soins de ces patients. Je salue aussi le rôle essentiel d'autres acteurs essentiels comme l'association Cop'MA (qui œuvre pour faire connaître et reconnaître la souffrance, le vécu des proches de malades alcooliques par les pouvoirs publics et le grand public), les patients experts et toutes les associations d'entraide qui font un travail remarquable.

La mortalité liée à une maladie du foie est maintenant due principalement à l'alcool. Le trouble de l'usage d'alcool est le facteur le plus délétère dans les complications hépatiques, les cirrhoses décompensées, l'hépatocarcinome, et la transplantation hépatique chez les patients infectés par le virus de l'hépatite C (7). Les dernières données de la science sur le « french paradox » infirment cette hypothèse et les méthodes d'épidémiologie génétique encore appelées randomisation mendélienne invalident les fameuses courbes en J ou en U pour démontrer des relations linéaires pour les maladies cardiovasculaires ou les démences par exemple (8,9). Un « french paradox » qui fait pschitt et ne tient plus face aux biais méthodologiques, à la mauvaise qualité des études et autres facteurs de confusion (10). Au niveau cardiovasculaire, l'alcool est plutôt hypertenseur et il est recommandé d'éviter, voire arrêter de consommer de l'alcool en cas d'hypertension ou de fibrillation auriculaire, un trouble du rythme cardiaque fréquent (11). Une étude très récente a montré que le sevrage hospitalier, avec une réduction ou un arrêt au moins temporaire de la consommation d'alcool, est associé à un risque considérablement plus faible d'incidence de cancer dû à l'alcool (12). Mais, cette intervention n'est proposée qu'à une minorité de patients dans les hôpitaux français. Pour prévenir les cancers, le sevrage alcool hospitalier devrait donc être proposé et utilisé beaucoup plus largement.

Le fameux écart de traitement ou « treatment gap »

Un des problèmes majeurs dans le champ de l'alcool est le fameux « **treatment gap** », c'est-à-dire l'écart entre le nombre de personnes qui ont un trouble de l'usage d'alcool et le nombre de personnes prises en charge pour ce trouble. Comme évoqué précédemment, on estime que 10% de la population présente un trouble de l'usage d'alcool. On estime que 10%, voire 20% si l'on est optimiste, seulement sont pris en charge pour le trouble de l'usage d'alcool. L'écart est donc énorme entre le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement et le nombre de ceux qui en reçoivent un. Aux Etats-Unis une étude a mis ainsi en évidence que moins de 10% des patients étaient pris en charge (tous types de prise en charge), et pire, seulement 2% recevaient un médicament. Et cela, alors même qu'il existe des médicaments efficaces, au moins aussi efficaces que dans d'autres pathologies comme la dépression. Je vais revenir sur ce point après. Il faut absolument combler cet écart et peut-être commencer par bien diffuser l'information sur l'efficacité des prises en charge et des traitements. Il faut aussi renforcer la médecine personnalisée et adapter les prises en charges en fonction des particularités des patients (13). Même lorsque les patients présentent une maladie potentiellement due, au moins en

partie, à l'alcool, ou lorsque l'alcool pourrait accélérer ou aggraver sa progression, les médecins généralistes ne repèrent pas et n'interviennent pas du tout sur la consommation problématique d'alcool (14). Parmi cinq pays européens, la France se classe, et de loin, en dernière position pour ce repérage et cette intervention dite de prévention secondaire ou tertiaire (14).

Bien entendu, l'urgence est aussi de soutenir et renforcer les recherches visant à développer de nouveaux médicaments et thérapies, et on ne peut que se féliciter de l'engouement actuel pour les méthodes de stimulation cérébrale ou encore de psychothérapies assistées par les psychédéliques qui sont pleines de promesses. Mais le développement des médicaments s'apparente à une traversée de la vallée de la mort. Aux Etats-Unis, on observe 30% d'échec dans les études de phase I (tolérance), 66% d'échec dans les phases IIB (essais contrôlés en double aveugle) et 10-30% d'échec dans les phases III (où l'industrie capture le médicament après deux essais cliniques positifs). Une grande question quand on évoque les traitements, c'est bien sûr ce qu'on attend d'un traitement de l'addiction à l'alcool et quels sont les critères visés. Aux Etats-Unis, les critères de jugement (objectifs) de la FDA sont l'abstinence totale (critère ancien) ou l'absence de jours de forte consommation (nouvellement choisi). Ces critères de jugement ne prennent pas en compte la quantité d'alcool consommée avant le traitement et cela limite le développement de médicaments qui améliorent comment un patient se sent et « fonctionne ». Un nouveau critère de jugement considéré actuellement est la réduction des niveaux (paliers) de risques de consommation de l'OMS (très élevé, élevé, modéré, faible). Ces critères sont définis comme la consommation moyenne quotidienne.

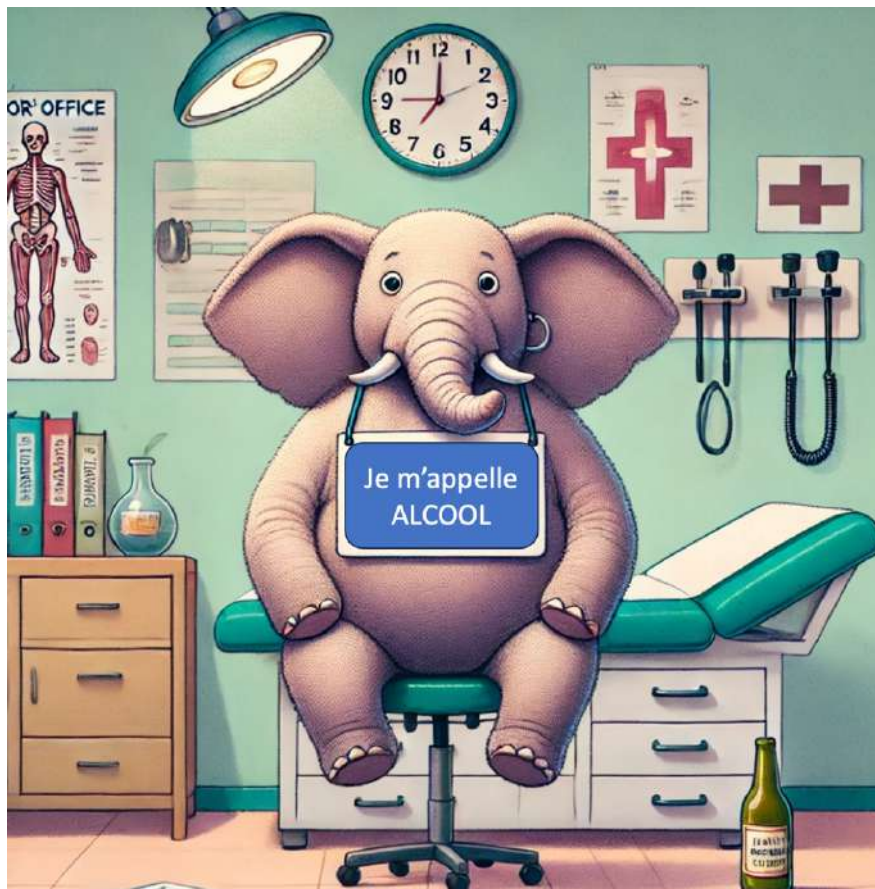
Pas seulement des critères mais aussi des domaines fonctionnels

Il existe un spectre des troubles de l'usage d'alcool. On peut distinguer trois **domaines neurofonctionnels** dans les troubles de l'usage d'alcool qui dérivent du phénotypage en profondeur de la maladie : « l'émotivité négative » (l'urgence positive, le névrotisme, l'agressivité et l'anxiété de trait, l'extraversion et « l'agréabilité »); fonctions exécutives diminuées (TDAH, impulsivité attentionnelle, impulsivité motrice, urgence négative, urgence positive, persévérance) et la valeur incitatrice/humeur (dépression, consommation obsessive-compulsive, anxiété de trait, pensées récurrentes sur l'alcool, urgence à consommer) (15). Considérer ces domaines permet de limiter la stigmatisation car le trouble de l'usage d'alcool est alors considéré comme une maladie du cerveau qui peut être traitée. Cela permet aussi de personnaliser le traitement, d'informer les cliniciens sur les cibles à viser et qui sont déclencheurs de la rechute et de faciliter la prévention (en identifiant les domaines de vulnérabilités spécifiques d'ordre génétique et environnementaux). Par exemple, un score élevé d'émotivité négative est associé à une consommation plus intense et fréquente ainsi qu'une consommation pour réguler son affect négatif. Il faut aussi se poser la question de la rémission et du rétablissement. La rémission est à la fois un changement de comportement et la disparition des symptômes ainsi que l'arrêt des fortes consommations d'alcool (un critère non lié à l'abstinence). Cette définition souligne l'importance du fonctionnement biopsychosocial et de la qualité de vie pour améliorer la rémission. Un exemple donc avec l'émotivité négative est qu'une plus forte émotivité négative ou de soulagement avant traitement prédit une consommation plus intense et des fortes consommations plus fréquentes pendant la rémission.

Le repérage qui doit mener à la prise en soin, une des clés essentielles

Bien entendu, aussi, l'urgence réside à repérer systématiquement. Je dis bien systématiquement les usages à risque d'alcool afin de prévenir le plus tôt possible le développement d'un usage nocif et d'une addiction. En cela, la formation de la majorité des professionnels au RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) est essentielle et la facilitation par tous les moyens de la pratique du RPIB semble être une des clés. La consommation d'alcool doit être abordée systématiquement, puisque ce n'est au final qu'un facteur de risque comme un autre. Ce qui est fait pour le tabac, se doit être fait avec la même détermination avec l'alcool et il n'est pas acceptable de ne pas vouloir voir le « problème alcool » en face. Cela ne fait que repousser les échéances, beaucoup, beaucoup trop tard avec des complications devenues évidentes et qui rendent encore plus difficiles la prise en charge. Le délai entre consommation excessive et complications est variable. Selon les études, les complications graves liées à l'alcool (comme la cirrhose, les cancers, ou les maladies cardiovasculaires) peuvent mettre 10 à 20 ans à se manifester chez les consommateurs chroniques d'alcool. En moyenne, les personnes ayant des troubles de l'usage de l'alcool peuvent attendre 8 à 10 ans avant de chercher de l'aide, ce qui permet aux dommages physiques de s'aggraver pendant cette période. Ces chiffres montrent à quel point le diagnostic tardif peut avoir des effets graves et prolongés sur la santé. Une détection et une intervention précoces peuvent aider à prévenir de nombreuses complications à long terme. Le RPIB pourrait et devrait donc faire partie de la routine en santé et permettrait même d'identifier d'autres problématiques qu'elles soient physiques ou mentales. En 2013, Kaiser Permanente Northern California, qui est l'un des plus grands systèmes de soins de santé intégrés aux États-

Unis, a introduit la consommation d'alcool comme un "signe vital" dans ses évaluations de routine des patients. Traditionnellement, les signes vitaux comprennent la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la température et la respiration, mais Kaiser a ajouté la consommation d'alcool à cette liste pour mieux évaluer la santé globale des patients. Cela signifie que lors des visites médicales, les patients sont systématiquement interrogés sur leur consommation d'alcool, tout comme ils le sont sur les autres signes vitaux. Le but de cette initiative est de détecter plus précocement les problèmes liés à l'alcool, de sensibiliser les patients à leur consommation et, si nécessaire, de les orienter vers des ressources ou un traitement approprié. En intégrant cette question dans les évaluations de routine, les médecins peuvent intervenir plus tôt pour prévenir des problèmes de santé liés à l'alcool, comme l'addiction à l'alcool, les maladies hépatiques, ou les accidents. Cela reflète une approche plus proactive et holistique des soins, visant à aborder les facteurs comportementaux qui peuvent affecter la santé. Ce qui est intéressant à retenir, c'est qu'ils ont montré que cette action améliorait les problèmes liés à la consommation indépendamment de la prise en charge spécifique du trouble de l'usage d'alcool et que chez les patients hypertendus, cela réduisait à la fois la consommation d'alcool et la tension artérielle. Voir l'alcool comme un signe vital pourrait aussi réduire la stigmatisation et normaliser ce qui apparaît comme un sujet très sensible.



Mais attention le dépistage ne suffit pas ! Une étude américaine a par exemple montré que le repérage réalisé, ce n'est pas pour autant qu'il était associé à du conseil et une orientation des personnes souffrant de trouble de l'usage d'alcool. Cette étude montre que chez les patients atteints de trouble de l'usage d'alcool, 81.4% entraient dans les soins, 69.9% étaient dépistés, 11.6% avaient une intervention brève, 5.1% étaient orientés vers une prise en charge, et seulement 5.8% bénéficiaient d'un traitement (16). Aux Etats-Unis, les femmes reçoivent moins d'interventions brèves et les inégalités concernant les minorités est mise en lumière.

Ce n'est pas parce que la consommation diminue que le problème est réglé pour autant

En France comme aux Etats-Unis la consommation d'alcool décline, mais ce n'est pas parce qu'elle décline que les problèmes disparaissent ! Aux Etats-Unis, alors que le binge drinking était à son maximum dans la tranche d'âge des 18-25ans, c'est maintenant celle des 26-34ans qui présente ce « pic » de binge drinking. Cela pourrait changer la donne en termes de prévention. Et chose frappante, la différence entre les sexes a disparu, alors que les garçons étaient en tête. Les filles dépassent donc maintenant les garçons en termes de consommation d'alcool et de binge drinking. On parle

de « **télescopage** ». Même chez les plus de 65 ans, ce sont les femmes qui consomment plus d'alcool. En France également, même si les chiffres sont à la baisse, on constate une augmentation du binge drinking chez les femmes. Et c'est un problème. A consommation égale les femmes vont présenter plus des dommages associés à l'alcool : gueule de bois, blackout, maladie du foie, atrophie cérébrale, déficits cognitifs, cardiomyopathie, développement plus rapide d'un trouble de l'usage d'alcool, certains cancers, plus de visites aux urgences, d'hospitalisations et de mortalité. Les femmes auront moins de chance que les hommes de recevoir un traitement du trouble de l'usage d'alcool. La recherche sur ces différences liées au sexe est cruciale. Une étude a par exemple montré que seulement 26% d'études d'imagerie cérébrales structurales (sur un total de 236 études) avaient évalué les différenciations liées au sexe (17). On parle de **paradoxe de sévérité du risque**, les femmes expérimentent plus de dommages à des doses plus faibles d'alcool sur des périodes de temps plus courtes.

Le concept de « pré-addiction »

Un concept très intéressant avancé notamment par les Prs Nora Volkow et George Koob est le concept de « **pré-addiction** ». Ce concept pourrait améliorer l'intervention précoce de l'usage excessif d'alcool. Le délai très long à développer des troubles de l'usage d'alcool offre une fenêtre d'opportunité suffisamment longue pour les interventions cliniques visant à stopper la progression de la maladie. Ce concept serait utile pour améliorer la connaissance du public sur les profils potentiellement dangereux d'usage d'alcool, encourager l'utilisation accrue du dépistage et de l'intervention brève, prévenir les intoxications et promouvoir le développement de nouvelles interventions.

Les déterminants de santé

Il ne faut pas oublier les déterminants de santé ! Il existe une interaction entre l'alcool et les déterminants sociaux de santé. Les déterminants sociaux de santé s'appliquent à tous mais de manière disproportionnée aux femmes et aux minorités. De nombreux déterminants de santé peuvent impacter la propension à consommer de l'alcool et à développer des troubles de l'usage d'alcool, comme : l'environnement social (avoir des parents souffrant de troubles de l'usage d'alcool, discrimination isolement social), l'environnement physique (densité des débits de boisson, exposition à la violence), les services de santé (accès et qualité des soins), stabilité économique (sécurité de l'emploi, revenus), accès à l'éducation et sa qualité (opportunités d'études et soutien). Ces déterminants sociaux de santé délétères ont des répercussions physiologiques et contribuent à la « **charge allostatique** » (nouvel état d'équilibre mais éloigné des conditions initiales normales) du système du stress, augmentent la vulnérabilité aux problèmes de santé physiques et mentaux, et contribuent aux inégalités et disparités de santé. Le stress pousse à consommer pour faire face, et en retour, exacerbe les problèmes initiaux, contribuant ainsi à consommer toujours plus d'alcool. Il faut donc identifier et lever les obstacles à la prévention basée sur les preuves, au diagnostic et aux traitements. Mieux comprendre comment les déterminants de santé interagissent avec les mécanismes neurobiologiques pour contribuer à l'usage excessif d'alcool et aux conséquences sanitaires liées à l'alcool comme une voie d'investigation.

Changer de langage pour déstigmatiser

Les mots comptent et la terminologie doit évoluer ! Eviter la stigmatisation commence par l'utilisation de termes non péjoratifs, non stigmatisants : trouble de l'usage d'alcool (au lieu d'abus d'alcool, d'alcoolisme), mésusage d'alcool (au lieu d'abus d'alcool), parler d'abord de la personne plutôt que de la maladie (personne souffrant de trouble de l'usage d'alcool, plutôt qu'alcoolique), maladie du foie liée à l'alcool (plutôt que maladie alcoolique du foie).

La consommation des séniors, elle aussi devient problématique

Les séniors ne sont aussi pas en reste. Aux Etats-Unis, le pourcentage des plus de 65 ans qui ont bu de l'alcool le mois précédent a augmenté de 15% entre 2002 et 2022, mais seulement pour les femmes (37%) et pas les hommes (-1.7%). A cause du vieillissement de la population, le nombre des plus de 65 ans augmente et le nombre de buveurs a augmenté de 91% sur la même période entre 2002 et 2022. L'alcool n'a pas les mêmes effets quand on prend de l'âge. Les conséquences pour la santé basculent des conséquences aiguës (blessures) vers des conséquences plus chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, démences). Lorsqu'on prend de l'âge, on est plus sensible aux effets sédatifs de l'alcool, aux atteintes des temps de réaction par l'alcool, aux effets sur l'équilibre, sur l'attention et sur la conduite. On a aussi des alcoolémies plus élevées car on perd du muscle maigre, on a plus de graisse corporelle, un poids réduit et moins d'eau dans l'organisme. On prend aussi plus de médicaments qui peuvent interagir avec l'alcool, on a un risque augmenté de se blesser avec les chutes. Avec l'âge, les mécanismes inflammatoires liés à l'alcool contribuent aux

maladies cardiovasculaires et cérébrales, aux cancers. On a aussi des troubles du sommeil qui eux aussi contribuent au cercle vicieux de l'addiction.

Les comorbidités ou pathologies duales

La consommation d'alcool et la santé mentale ne font pas bon ménage. Le trouble de l'usage d'alcool est hautement comorbide avec les troubles de la santé mentale. La prévalence du trouble de l'usage d'alcool parmi les personnes qui ont des troubles anxieux et de l'humeur est comprise entre 20 et 40%. Entre 30 et 60% des personnes qui cherchent à être pris en charge pour leur trouble de l'usage d'alcool souffrent aussi d'un trouble de stress post traumatique. Il faut savoir que la consommation d'alcool précède souvent le diagnostic de ces troubles. L'usage d'alcool est alors souvent un moyen de faire face à ces troubles, mais à la fin, l'usage excessif d'alcool ne fait qu'empirer le pronostic. De la même manière, les troubles mentaux compliquent le traitement du trouble de l'usage d'alcool. La pandémie de COVID-19 a contribué au déclin global de la santé mentale. Une autre problématique importante est celle de la douleur. L'usage excessif d'alcool contribue aux douleurs physiques et émotionnelles et la douleur contribue alors à amplifier la consommation d'alcool pour faire face (automédication). Les mécanismes cérébraux de la douleur chronique et du trouble de l'usage d'alcool sont intriqués. Traiter le trouble de l'usage d'alcool chez les individus qui ont aussi des douleurs chroniques permettrait d'améliorer grandement la qualité de vie et la santé des patients.

Un Président qui s'entête à s'opposer au Défi De Janvier sous la pression des alcooliers et viticulteurs. Un problème de lobbying national mais aussi et surtout européen !

Alors que la lutte au niveau européen contre les lobbys ultrapuissants de l'alcool et du vin est un front difficile, des oppositions idéologiques et un lobby inacceptable privilégiant l'économie à la santé font rage en France. Comme le rappelait récemment Florence Berteletti, secrétaire générale d'EuroCare, au niveau européen, on compte parmi ces lobbys ultrapuissants les groupes (comité européen des entreprises vins, Les brasseurs européens, SpiritsEurope) et des intergroupes ; oui tout est bon pour mettre la pression à tous les niveaux (intergroupe sur le vin, les produits de qualité et la culture alimentaire, intergroupe sur la santé, intergroupe sur les PME, intergroupe sur le changement climatique et le développement durable, le Beer Club, le Wine Club, le Whisky Club & Friends of spirits) et enfin le groupe de haut niveau pour le secteur vitivinicole de l'UE ; oui la porte d'entrée « agriculture » est un levier très puissant au niveau européen. N'oublions pas que l'Europe via la PAC donne bien trop généreusement 1.06 milliard d'euros à la filière. La France se fait remarquer au niveau européen et aux réunions de l'OMS en essayant de contrer systématiquement les avancées sur les programmes de politiques publiques concernant l'impact de l'alcool sur la santé. A tel point que j'ai été contacté par des participants à ces réunions pour me demander comment il était possible que des représentants de notre pays à ces réunions fassent autant le jeu des lobbys de l'alcool. La guerre actuelle porte sur l'étiquetage car les alcooliers s'opposent de manière féroce à tout étiquetage ou plutôt toute régulation car ils en ont très peur. L'alcool est le seul produit à ne pas être régulé. Cela pourrait nuire à la situation actuelle idéale pour eux dans laquelle ils ne subissent aucune régulation. Cela pour des raisons économiques de marché intérieur ils échappent donc à l'étiquetage des bouteilles, balayant ainsi d'un revers de main et flouant le droit des consommateurs d'être informés du contenu des bouteilles notamment sur les calories et le nutriscore. Le combat à mener maintenant et donc celui de l'étiquetage pour ouvrir la brèche.



Depuis quelques années, nous voyons un changement culturel s'opérer ! Un mouvement du « sans alcool » est arrivé. Les recettes de mocktails et le Défi De Janvier, le mois sans alcool à la française, sont arrivés. En 2020, le premier défi De janvier a défrayé la chronique et un engouement sans précédent est apparu. Beaucoup à cause du refus catégorique du gouvernement de promouvoir une telle campagne de santé publique pourtant extrêmement positive et qui a déjà montré son efficacité. Cet engouement s'est encore renforcé à l'édition de 2024 avec la lettre de 48 addictologues qui ont alerté le gouvernement que sa position n'était plus tenable. L'intérêt de la population et des journalistes face à cette posture incompréhensible n'a fait que renforcer cette campagne et ce, alors même que plusieurs campagnes de Santé publique France ont été suspendues ou annulées. Ce qui là encore, n'a fait qu'amplifier l'intérêt pour le Défi De Janvier. Le Défi de Janvier nous aide à évaluer notre rapport à l'alcool, Si j'arrête de boire un mois en janvier et que soudain je me sens mieux, c'est que mon corps essaie de me dire quelque chose ! on doit écouter son corps ! Faire le Défi de janvier, ce n'est pas perdre quelque chose, c'est au contraire gagner quelque chose. Et ce quelque chose c'est du bien-être et du capital santé. Et ça les français l'ont bien compris ! Il n'y a que les élus du vin, les lobbyistes et les politiques aveugles pour ne pas voir les effets positifs d'une campagne ludique, non moralisatrice, focalisée pour la première fois non pas sur les risques à consommer, mais au contraire sur l'expérimentation par soi-même de tous les bienfaits à arrêter de consommer. Je rappelle que nos recommandations de ne pas boire au moins deux jours par semaine signifient qu'il est recommandé de ne pas boire 3 mois par an. Oui c'est 3 mois de Défi De Janvier par an ! Cette idée du Défi De Janvier est française. C'est dans les années 80 que le Défi brestois de ne pas boire d'alcool pendant 3 jours est apparu.

Les patients qui sont les plus atteints au niveau de leur foie à cause de leur consommation d'alcool ne sont pas pris en charge pour leur trouble de l'usage d'alcool.

Il faut s'arrêter aussi un moment sur la problématique « foie et alcool ». Aux Etats-Unis la mortalité liée aux maladies du foie dues à l'alcool a augmenté de 47% entre 2000 et 2019 ; et la mortalité augmente plus vite chez les femmes et les 25-34 ans. Les médicaments du trouble de l'usage d'alcool réduisent le risque de maladie du foie liée à l'alcool et sa progression lorsqu'elle est déjà existante (18). Le traitement des troubles de l'usage d'alcool, médicaments et thérapies comportementales à la sortie de l'hospitalisation pour maladie du foie liée à l'alcool réduit les ré-hospitalisations et la mortalité (19).

Je ne reviendrai pas sur la question du délai de 6 mois d'abstinence avant la transplantation hépatique alors que dans le cas de maladie sévère du foie liée à l'alcool, une majorité de patients décèdent dans les deux mois. Et ceci, alors que les patients recevant une greffe sans ce délai (transplantation précoce) ont un taux de survie similaire à celui des patients qui se sont vus imposer ce délai des 6 mois. Je voudrais évoquer un article qui vient de paraître sur l'hépatite alcoolique (HA) et qui doit nous alerter (20). La HA est un syndrome clinique caractérisé par une insuffisance hépatique dans le contexte d'une consommation chronique d'éthanol. Cette étude démontre que les patients qui ont bénéficié d'une prise en charge de leur trouble de l'usage d'alcool dans les 3 mois suivant une HA avaient un risque diminué de 38 % de mourir ou de nécessiter une greffe de foie dans l'année qui a suivi. Mais malgré les bénéfices évidents, cette étude met aussi en évidence que seulement 25 % (seulement !) des patients atteints de HA ont bénéficié d'une prise en charge de

leur trouble de l'usage d'alcool pendant la période de l'étude. Les auteurs alertent sur le fait que tous les patients atteints de HA devraient être pris en charge pour leur trouble de l'usage d'alcool.

Pour citer le Professeur Philippe Mathurin que j'ai eu le plaisir d'écouter récemment lors d'une journée sur l'addictologie dans les Hauts-de-France, il est aussi urgent d'intervenir précocement pour faire sortir les patients qui sont « sur l'autoroute de la mort à cause de la maladie du foie liée à l'alcool et particulièrement à cause du binge drinking ».

Les traitements efficaces existent. Il faut changer de discours et informer, mieux former sur les traitements existants et les enjeux des traitements.

Il faut arrêter de maintenir et propager l'idée que les traitements du trouble de l'usage d'alcool ne sont pas efficaces. Que l'on parle de médicaments ou de psychothérapies. Je vous invite à lire un précédent article que j'ai écrit montrant que les traitements du trouble de l'usage d'alcool ne sont pas moins efficaces que ceux des pathologies psychiatriques comme la dépression par exemple (13). Laisser croire que les traitements ne sont pas efficaces ne fait que contribuer à élargir le treatment gap et décourager la prescription des médicaments du trouble de l'usage d'alcool. Comme je l'évoquais au début du présent article, aux Etats-Unis une étude a révélé que moins de 10% des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool étaient pris en charge (tous les types de prise en charge), et pire, seulement 2% recevaient un médicament.

Il est vrai que l'hétérogénéité de la réponse aux traitements est substantielle, mais tout comme l'est le phénotype des patients. Si on prend les 11 symptômes du DSM-5 et si on calcule toutes les combinaisons différentes avec au moins 2 critères, on arrive à 2048 possibilités. Il est donc illusoire de penser que tous les traitements présenteront la même efficacité chez toutes les personnes. C'est ainsi que la médecine de précision nous permet d'imaginer que la réponse dépend de facteurs génétiques, mais aussi de facteurs phénotypiques, c'est-à-dire des caractéristiques cliniques des patients. Tout le monde se souvient de toutes les études qui s'intéressaient à démontrer si la réponse aux traitements dépendait de la typologie de Lesch ou encore celle de Cloninger. Un enjeu majeur est donc d'identifier tous ces facteurs qui vont contribuer et expliquer, l'efficacité des traitements en fonction des caractéristiques cliniques des patients.

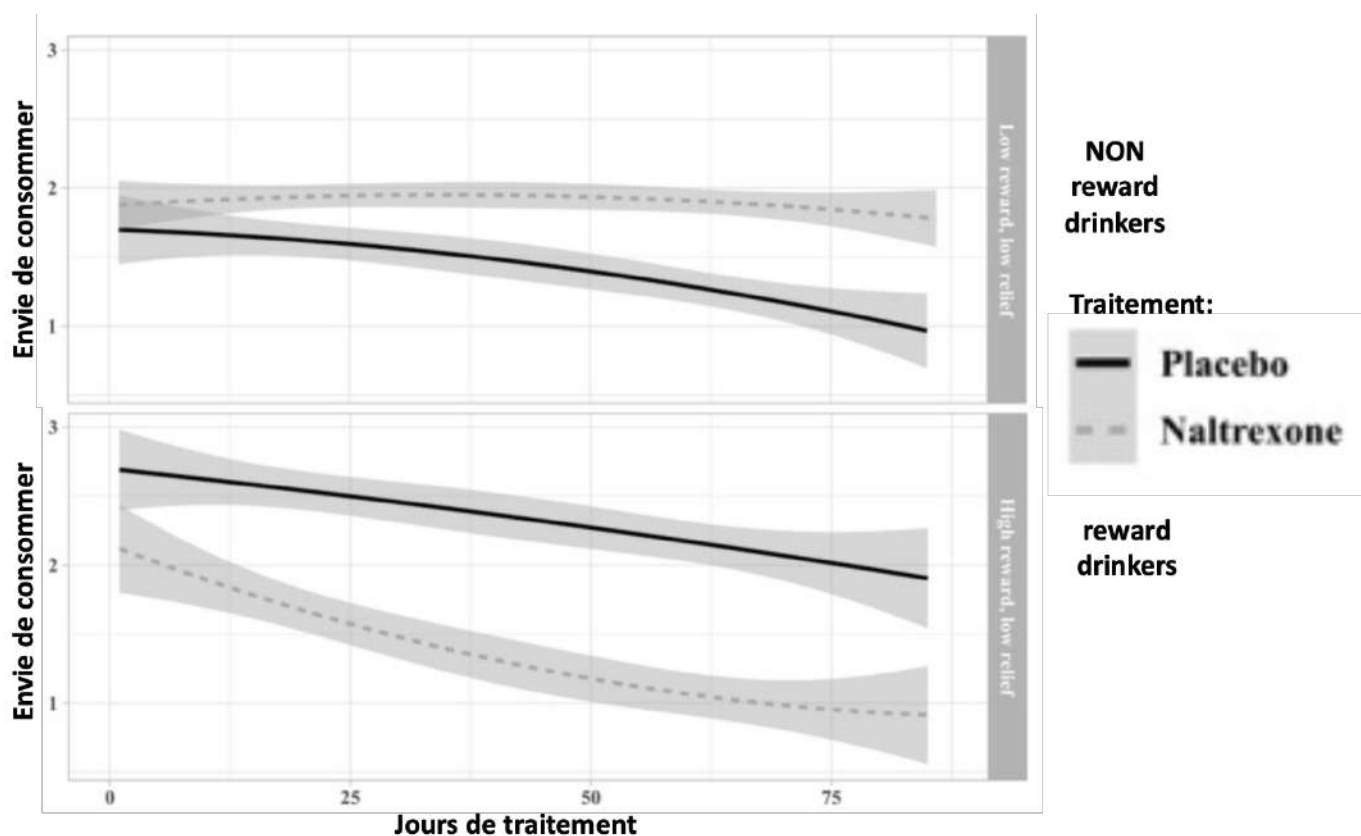
Au début de ma carrière, je me suis intéressé à la réponse à l'acamprosate ou à la naltrexone en fonction de mutations des gènes candidats du trouble de l'usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles de l'usage d'alcool. Nous avons alors observé des réponses physiologiques différentes en fonction de mutations des gènes codant les récepteurs D2 de la dopamine et la sous-unité beta2 du récepteur GABA de type A et une tendance concernant une mutation du récepteur mu des opiacés (OPRM1) (21). Ces résultats venaient conforter l'hypothèse du « Matching » c'est-à-dire la bonne prédiction de la réponse à un traitement particulier en fonction de caractéristiques génétiques des patients. Historiquement, l'autre sujet d'étude bien connu est celui du « Matching » en fonction du type de craving, soit le « reward craving » soit le « relief craving » ; c'est-à-dire respectivement la pulsion à consommer pour les effets ressentis positifs de l'alcool ou bien pour le soulagement procuré par la consommation. L'idée étant que l'acamprosate serait plus efficace sur le craving de soulagement alors que la naltrexone serait plus efficace sur le craving de récompense. Cette hypothèse du « Matching » selon le type de craving n'a jamais été démontrée.

Dans la poursuite de ce graal qu'est la prédiction de la réponse aux traitements, les études continuent à explorer la réponse en fonction du type de motivation à consommer pour les effets de récompense ou de soulagement. Des analyses très parlantes ont été faites récemment sur les données des projets MATCH (1726 patients dont 90% présentaient un diagnostic de dépendance du DSM-III-R et qui avaient reçu une thérapie cognitivo-comportementale) et COMBINE (1383 patients avec diagnostic de dépendance du DSM-IV et qui ont reçu acamprosate, naltrexone ou placebo) (22). Des critères (66 pour COMBINE et 54 pour MATCH) ont été recherchés à partir des déclarations des patients et relatifs aux domaines neurofonctionnels (évoqués avant dans le présent article). Les résultats des analyses se basant sur 15 critères identifiés, montrent que le domaine « récompense/valeur incitatrice » est prédicteur du pourcentage de jour de consommation à un an et que le domaine « soulagement/émotivité négative » est prédicteur du nombre de verre consommé par jour de consommation à un an et du pourcentage du nombre de jours de forte consommation à un an. En détail, le « soulagement/l'émotivité négative », en particulier, était associé à l'intensité de la consommation d'alcool et à la fréquence des fortes consommations un an après le traitement, et permettait de distinguer les individus ayant connu une rémission à haut fonctionnement de ceux qui continuaient à avoir un fonctionnement plus faible, indépendamment de leur niveau de consommation. En revanche, la « récompense/valeur incitatrice » était plus susceptible de prédire la fréquence de consommation d'alcool un an après le traitement et de différencier les buveurs

excessifs des autres profils de résultats lors d'un suivi à trois ans, de sorte que les individus ayant une « récompense/valeur incitatrice » plus élevée étaient plus susceptibles de continuer à consommer de l'alcool de manière excessive trois ans après le traitement. Ces résultats indiquent que la « récompense/valeur incitatrice » était plus probablement associée à la fréquence de consommation d'alcool et à la poursuite de la consommation excessive, tandis que le « soulagement/émotivité négative » était plus fortement associé à l'intensité de la consommation et au fonctionnement. Une autre étude a analysé la réponse au traitement par la naltrexone chez les patients caractérisés par leur « phénotype de récompense », c'est-à-dire de consommation associée aux effets positifs ressentis (23). Les résultats négatifs, sur l'autre phénotype « soulagement/émotivité négative » ne sont pas présentés dans le présent éditorial par souci de simplification.

Concernant la « récompense/valeur incitatrice », il s'agit des patients avec un phénotype de recherche d'alcool pour augmenter la récompense et les émotions et expériences positives (atteintes du système opioïdergique); et on peut imaginer que la naltrexone puisse être plus efficace dans ce groupe. Pour le « soulagement/émotivité négative », il s'agit des patients qui recherchent l'alcool pour se soulager de leur état émotionnel négatif et on peut imaginer que l'acamprosate (effet glutamatergique) et la méditation pleine conscience (réduction émotivité négative) puissent être plus efficaces dans ce groupe. Les résultats montrent que la naltrexone semble être plus efficace dans les populations des études ou il y'a le plus de patients avec un phénotype de consommation liée à la récompense (« reward drinkers »).

La figure suivante présente les résultats de l'effet de la naltrexone et du placebo sur l'envie de consommer en fonction du phénotype de récompense. Les résultats montrent que l'effet de réduction de l'envie de boire par le traitement avec la naltrexone est supérieur à celui du placebo exclusivement chez les patients avec le phénotype « récompense ».



Analyse des pentes de l'envie de boire au fil du temps selon les traitements et les phénotypes de récompense (envie moyenne de boire et intervalles de confiance à 95 %).

La recherche sur la meilleure compréhension des facteurs individuels et environnementaux pouvant conditionner et prédire la réponse aux traitements est donc toujours, et plus que jamais, d'actualité. Il est essentiel donc de garder à l'esprit que la prise en soin ne se résume pas à une pilule magique mais à de nombreux paramètres liés aux patients, aux prescripteurs et à l'environnement des patients.

Et la recherche dans tout ça ?

Etant moi-même chercheur, je ne peux m'empêcher de continuer à donner mon avis sur la recherche actuelle et future. On pourrait croire que la situation actuelle en France s'améliore, notamment grâce aux taxes sur le tabac qui ont permis d'abonder le fonds de lutte contre les addictions, dont un des nombreux objectifs est de soutenir la recherche. Mais comme je l'ai dit récemment dans un autre édito où j'écrivais « qu'il était temps pour la recherche sur les addictions de s'émanciper » le soutien à la recherche sur les addictions n'est toujours pas à la hauteur de l'enjeu de société que constituent les addictions. On voit à quel point avec la crise des opioïdes aux Etats-Unis, les addictions peuvent être destructrices et décimer la population. Le budget alloué à la recherche actuellement par le fonds de lutte contre les addictions est insuffisant. Je l'avais estimé récemment à environ 10% ce qui est largement insuffisant. La manière aussi dont les financements sont distribués de manière non coordonnée et sans concentrer des moyens sur des très gros projets de très grande envergure comme on peut le voir dans d'autres pays, me semble être une mauvaise stratégie. Nous avons besoin d'un grand programme de recherche sur les addictions qui permettent d'attaquer les questions scientifiques par de nombreuses approches transdisciplinaires et complémentaires sur de larges cohortes de patients afin de mieux comprendre les trajectoires de la maladie, les mécanismes impliqués et tester les interventions efficaces et la prévention. L'opportunité d'un grand programme de recherche psychiatrie-addictions, de type PEPR, a été manquée et a avorté avant la fin pour se concentrer exclusivement sur la psychiatrie. Cela m'a beaucoup questionné car l'enjeu d'un tel programme était de promouvoir la médecine personnalisée, mais cela s'est terminé sans les addictions alors même que les comorbidités addictives et psychiatriques (et somatiques) sont plutôt la règle que l'exception. On a abandonné ici tous les patients souffrant d'addictions. D'ailleurs, c'est souvent le cas et il est encore difficile de faire admettre que l'addictologie est une discipline très transversale et prioritaire. Pour la petite histoire, mon propre CHU à Amiens, n'a pas encore fait le pas pour créer un service d'addictologie et ne dispose que d'une unité mobile d'alcoologie. Ce qui me semble très largement insuffisant dans une région particulièrement touchée par les conséquences des consommations chroniques d'alcool. Ces situations sont aussi des freins majeurs au développement de la recherche.

Si le fonds de lutte contre les addictions est insuffisant, il faut augmenter les taxes sur l'alcool. Pourquoi utiliser les taxes sur le tabac pour financer la recherche sur toutes les addictions ? Il faut augmenter les taxes sur l'alcool et sur les jeux d'argent et de hasard. Augmenter seulement de quelques centimes le prix des bouteilles d'alcool permettrait de lever des fonds considérables et de lancer des grands programmes de recherche. C'est exactement ce qui a été fait pour les prémix. Sans se poser de questions, les taxes ont été augmentées. Les années passées, la levée de boucliers qui s'est opérée par les lobbystes et même les journalistes qui n'ont pas compris les enjeux, pour contrer la communication sur l'intérêt de l'augmentation des taxes a été contre-productive. On était très loin de mettre en péril la filière du vin et de l'alcool en général. Les conséquences négatives de la consommation d'alcool coûtent 102 milliards d'euros chaque année aux français. Chaque année, la filière investit plusieurs centaines de millions d'euros dans le marketing et la publicité toxique qui envahit tout notre espace public. Il est temps de reprendre ses esprits, de prendre conscience des enjeux et de se donner les moyens d'avoir une recherche et une prévention compétitives et à la hauteur du fardeau sanitaire et social de l'alcool et des addictions.

REFERENCES

1. Santin G HE, Guéguen A, Carton M, Cyr D GM. Estimation de prévalences dans Constances : premières explorations. Bull Epidémiol Hebd. 2016;35-36:622-9.
2. Bhattacharya A, Angus C, Pryce R, Holmes J, Brennan A, Meier PS. How dependent is the alcohol industry on heavy drinking in England? Addiction [Internet]. 2018 Dec 22;113(12):2225-32. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.14386>
3. Im PK, Wright N, Yang L, Chan KH, Chen Y, Guo Y, et al. Alcohol consumption and risks of more than 200 diseases in Chinese men. Nat Med [Internet]. 2023 Jun 8;29(6):1476-86. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-023-02383-8>
4. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. BEH [Internet]. 2015;(24-25):440-9. Available from: <file:///S:/Publics/PEC/Bibliographie/Citavi/E>
5. Petticrew M, Maani Hessari N, Knai C, Weiderpass E. How alcohol industry organisations mislead the public about alcohol and cancer. Drug Alcohol Rev [Internet]. 2018;37(3):293-303. Available from: <file:///S:/Publics/PEC/Bibliographie/Citavi/E>
6. Schwarzingler M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, Baillet S, et al. Contribution of alcohol use disorders to the

- burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2018 Mar;3(3):e124–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266718300227>
7. Schwarzing M, Baillot S, Yazdanpanah Y, Rehm J, Mallet V. Contribution of alcohol use disorders on the burden of chronic hepatitis C in France, 2008–2013: A nationwide retrospective cohort study. *J Hepatol* [Internet]. 2017 Sep;67(3):454–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168827817302027>
 8. Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, et al. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet*. 2019;
 9. Zheng L, Liao W, Luo S, Li B, Liu D, Yun Q, et al. Association between alcohol consumption and incidence of dementia in current drinkers: linear and non-linear mendelian randomization analysis. *eClinicalMedicine* [Internet]. 2024 Oct;76:102810. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537024003894>
 10. Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R, et al. Selection biases in observational studies affect associations between “moderate” alcohol consumption and mortality. *Addiction* [Internet]. 2017 Feb;112(2):207–14. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.13451>
 11. Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, Nicholls T, Costello B, Nanayakkara S, et al. Alcohol Abstinence in Drinkers with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;382(1):20–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31893513>
 12. Schwarzing M, Ferreira-Borges C, Neufeld M, Alla F, Rehm J. Alcohol rehabilitation and cancer risk: a nationwide hospital cohort study in France. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2024 Jul;9(7):e461–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266724001075>
 13. Naassila M. La médecine de précision en addictologie. Un besoin médical non satisfait. *Alcoologie Et Addictologie*. 2018;
 14. Rehm J, Prieto JAA, Beier M, Duhot D, Rossi A, Schulte B, et al. The role of alcohol in the management of hypertension in patients in European primary health care practices – a survey in the largest European Union countries. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 Dec 8;17(1):130. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0529-5>
 15. Kwako LE, Schwandt ML, Ramchandani VA, Diazgranados N, Koob GF, Volkow ND, et al. Neurofunctional Domains Derived From Deep Behavioral Phenotyping in Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2019 Sep 1;176(9):744–53. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.18030357>
 16. Mintz CM, Hartz SM, Fisher SL, Ramsey AT, Geng EH, Gruzca RA, et al. A cascade of care for alcohol use disorder: Using 2015–2019 National Survey on Drug Use and Health data to identify gaps in past 12-month care. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2021 Jun 16;45(6):1276–86. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.14609>
 17. Lind KE, Gutierrez EJ, Yamamoto DJ, Regner MF, McKee SA, Tanabe J. Sex disparities in substance abuse research: Evaluating 23 years of structural neuroimaging studies. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2017 Apr;173:92–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871617300376>
 18. Vannier AGL, Shay JES, Fomin V, Patel SJ, Schaefer E, Goodman RP, et al. Incidence and Progression of Alcohol-Associated Liver Disease After Medical Therapy for Alcohol Use Disorder. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022 May 20;5(5):e2213014. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792500>
 19. Winters AC, May FP, Wang Y, Shao P, Yang L, Patel AA. Alcohol use disorder treatment and outcomes among hospitalized adults with alcoholic hepatitis. *Drug Alcohol Depend Reports* [Internet]. 2021 Dec;1:100004. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2772724621000044>
 20. Parlati L, Mouliade C, Khac EN, Collier M, Tzedakis S, Bouam S, et al. Alcohol Rehabilitation Within 3 Months After Alcohol Hepatitis and Survival - A National Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2024 Aug; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542356524007754>
 21. Naassila M, W O, M N, MW K, R V, GM S, et al. Predicting the effect of naltrexone and acamprosate in alcohol-dependent patients using genetic indicators. 2009; Available from: <http://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2009.00159.x>
 22. Witkiewitz K, Stein ER, Votaw VR, Hallgren KA, Gibson BC, Boness CL, et al. Constructs derived from the addiction cycle predict alcohol use disorder treatment outcomes and recovery 3 years following treatment. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2023 May;37(3):376–89. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/adb0000871>
 23. Witkiewitz K, Roos CR, Mann K, Kranzler HR. Advancing Precision Medicine for Alcohol Use Disorder: Replication and Extension of Reward Drinking as a Predictor of Naltrexone Response. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2019 Nov 11;43(11):2395–405. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.14183>

Recherche

Le Thermomètre de la santé : usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez les personnes en situation de handicap intellectuel

Ben Lakhdar Christian^{1,*}, Massin Sophie¹, la délégation régionale de « Nous Aussi » et l'UNAPEI Hauts-de-France²

¹ Université de Lille, CNRS, IESEG School of Management, UMR 9221 - LEM - Lille Économie Management, Bâtiment SH2 Cité scientifique, 59650, Villeneuve d'Ascq, France.

² UNAPEI Hauts-de-France, 62 rue du long pot, 59000, Lille, France.

*Correspondance : Ben Lakhdar Christian, Université de Lille, FSJPS, 1 place Déliot, 59000 Lille, France. christian.ben-lakhdar@univ-lille.fr

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Résumé : Les prévalences d'usages de tabac, d'alcool et de cannabis et leurs modes de consommation ne sont que peu documentés chez les personnes en situation de handicap intellectuel. Grâce à un nouvel outil appelé « Thermomètre de la santé », qui est une émanation du Baromètre de Santé publique France traduit en facile à lire et à comprendre (FALC), nous estimons ces prévalences à partir d'un échantillon de plus de 1000 individus en situation de handicap intellectuel vivant dans la région des Hauts-de-France, travaillant majoritairement en établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Les prévalences d'usage quotidien s'établissent à 20,4 % pour le tabac, 3,5 % pour l'alcool (une prévalence de 10,6 % pour un épisode de binge drinking lors de l'année écoulée) et 1,1 % pour le cannabis, ce qui est moindre qu'en population générale. Les quantités consommées (nombre de cigarettes fumées quotidiennement ou de verres d'alcool bus par jour en moyenne) semblent en revanche similaires. Le genre ainsi que la situation professionnelle et financière sont associés à ces usages. Afin de calibrer au mieux des politiques de prévention, de plus amples travaux apparaissent nécessaires tant manquent les connaissances sur les conduites addictives des personnes en situation de handicap intellectuel.

Mots-clés : Tabac ; Alcool ; Cannabis ; Personne en situation de handicap intellectuel

Abstract : The prevalence and consumption patterns of tobacco, alcohol, and cannabis use among individuals with intellectual disabilities are poorly documented. Utilizing a new tool called the "Health Thermometer," derived from the Santé publique France Health Barometer and adapted for easy reading and comprehension, we estimate these prevalences from a sample of over 1,000 individuals with intellectual disabilities living in the Hauts-de-France region, predominantly working in sheltered employment centers (ESAT). The daily usage prevalence rates are 20.4% for tobacco, 3.5% for alcohol (with a 10.6% prevalence for a binge drinking episode in the past year), and 1.1% for cannabis, which are lower than those in the general population. However, the quantities consumed (number of cigarettes smoked daily or average number of alcoholic drinks per day) appear similar. Gender, as well as professional and financial status, are associated with these usages. To better tailor prevention policies, further research is necessary, as knowledge about addictive behaviors among individuals with intellectual disabilities is significantly lacking.

Key words : Tobacco; Alcohol; Cannabis; Individual with Intellectual Disability

Introduction

Entre 1 et 3 % de la population serait atteinte d'un trouble du développement neurologique, caractérisé principalement par un fonctionnement intellectuel limité et inférieur à la moyenne. Les déficits peuvent altérer les fonctions cognitives essentielles à la vie quotidienne (mémoire, attention, langage, etc.). Il se caractérise ensuite par une capacité d'adaptation limitée, également inférieure à la norme. Les sphères du fonctionnement humain sont altérées, en particulier celles relatives à l'autonomie de l'individu. Enfin, pour être qualifiée comme telle, la déficience intellectuelle doit apparaître au cours du développement de la personne, avant l'âge de 18 ans [1]. Le degré de sévérité de la déficience intellectuelle s'évalue selon différentes échelles qui ont évolué et se sont affinées dans le temps : il est aujourd'hui possible de façon relativement fiable de qualifier ces déficiences, de sévères à légères. En France, alors que la première pourrait concerner 3 à 4 personnes pour 1000, la seconde pourrait être plus fréquente et retrouvée chez 10 à 20 personnes sur 1000 [2].

En matière de santé, entre autres facteurs, l'espérance de vie augmentant chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, l'incidence des cancers apparaît être la même en population générale que dans cette population, les types de cancer n'étant cependant pas les mêmes [2]. Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont ainsi moins de risques de développer des cancers des voies aérodigestives supérieures, des poumons ou du col utérin pour les femmes mais plus concernant des tumeurs digestives (œsophage, estomac, foie, vésicule biliaire, côlon). Il n'en reste pas moins, comme la dernière expertise collective de l'Inserm sur les déficiences intellectuelles le souligne, que « les actions de prévention du cancer sont encore au stade expérimental pour la lutte contre le surpoids et l'obésité et pour la consommation de tabac et d'alcool » [2].

En effet, sur ce dernier point, la consommation de substances addictives n'étant pas exclusive à la population générale, les personnes présentant une déficience intellectuelle sont aussi des usagers de tabac, d'alcool, de cannabis ou peuvent faire montre d'autres addictions comportementales ou sans produits. Les prévalences seraient toutefois plus faibles dans cette population qu'en population générale [2-3]. Les prévalences d'usage de tabac et d'alcool se sont avérées être légèrement inférieures non significativement, chez les jeunes étudiants français présentant une déficience intellectuelle ; seule la consommation de cannabis était significativement moins courante chez ces jeunes par rapport aux étudiants ne présentant pas de déficience intellectuelle [4]. Cependant, une récente revue de la littérature montre qu'en raison de l'hétérogénéité des études, il est difficile d'affirmer que les prévalences sont plus faibles, équivalentes ou supérieures chez les personnes en situation de handicap intellectuel que dans la population générale. Selon cette revue des 39 études existantes, la prévalence du tabagisme varie de 0 à 62,9 %, celle de la consommation d'alcool de 1,9 à 55 % et celle de la consommation de cannabis de 5 à 9,5 % [5]. Un fait saillant communément admis serait que plus la déficience intellectuelle tend à être légère, plus les conduites addictives, dans leurs niveaux et intensités, se rapprochent de celles de la population générale, en tout cas pour le tabagisme [6].

Afin d'améliorer les connaissances sur les pratiques addictives des personnes en situation de handicap intellectuel, nous avons mené une enquête auprès d'elles. Pour ce faire, le Thermomètre de la santé est une enquête par questionnaire reprenant les items en matière de tabac, d'alcool et de cannabis du Baromètre de Santé publique France traduits en facile à lire et à comprendre (FALC).

La prochaine section présente le dispositif d'enquête et le matériau collecté. La section trois montre les résultats et les facteurs associés aux usages. Nous les discutons dans une section quatre et concluons en évoquant les limites et perspectives de cette étude.

Matériel et méthode

Le Thermomètre de la santé est une émanation du Baromètre de Santé publique France. Il reprend, outre les items sociodémographiques (âge, genre, situation professionnelle, situation de vie), les modules « Tabac », « Alcool » et « Cannabis » du dernier Baromètre 2021. Il a été traduit en facile à lire et à comprendre (FALC, voir encadré 1) par des personnes en situation de handicap intellectuel spécialisées dans la traduction FALC de l'Établissement et Service d'Accompagnement par le Travail (ESAT) Malécot des Papillons Blancs de Lille et le questionnaire a été testé auprès de dix personnes volontaires. Les ESATs sont des établissements médico-sociaux de travail protégé. Ils sont réservés aux personnes en situation de handicap et ont pour objectif leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle.

Encadré 1. Définition et objectif du FALC et exemple de traduction

Définition. Le facile à lire et à comprendre (FALC) est une méthode qui a pour but de traduire un langage classique en langage compréhensible par tous. La méthode élaborée dans le cadre du projet européen Pathways est portée en France par l'UNAPEI et l'association *Nous Aussi*. Elle propose des règles pour aider les rédacteurs de documents à rendre l'information facile à lire et à comprendre pour les personnes déficientes intellectuelles.

L'objectif consiste à rendre les personnes déficientes intellectuelles plus autonomes dans leurs démarches grâce à une meilleure compréhension de l'information. L'information rédigée en facile à lire et à comprendre est par ailleurs utile pour les personnes maîtrisant mal le français.

Baromètre	Exemple de traduction	Thermomètre
<p>TA1 Nous allons maintenant parler du tabac. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? <i>Cela inclut la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique.</i> <i>Si répond « La cigarette électronique uniquement », répondre « Nous en parlerons plus tard » et coder Non.</i> <i>Si la personne dit être enceinte et s'être arrêtée de fumer pendant sa grossesse, coder Non.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Oui Non <p>SI FUMEUR/FUMEUSE, POSER SOUS-QUESTIONS 1 À 5 POSER SOUS-QUESTION 6 À TOUS</p> <p>TA2 Fumez-vous... <i>Cigarettes tubées = tabac à rouler</i></p> <ol style="list-style-type: none"> du tabac à rouler ? des cigarettes en paquet ? des cigarillos ? des cigares ? la pipe ? la chicha ou le narguilé ? <ol style="list-style-type: none"> Oui Non 	<p>LE TABAC </p> <p>Dans ma vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Je n'ai jamais fumé Je n'ai jamais essayé de fumer <p>Je passe directement aux questions sur le cannabis </p> <p>Il existe différentes façons de fumer :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les cigarettes à rouler ou les cigarettes tubées Les cigarettes en paquet Les cigarillos Les cigarillos sont des petits cigares Les cigares La pipe La chicha ou le narguilé La chicha ou le narguilé sont des pipes à eau <p>TA1 : Je suis fumeur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui </p> <p><input type="checkbox"/> Non </p> <p><input type="checkbox"/> Non, je suis enceinte et j'ai arrêté de fumer pendant ma grossesse </p> <p>Je suis fumeur </p> <p>TA2 : Je fume ?</p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarettes à rouler ou des cigarettes tubées </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarettes en paquet </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarillos Les cigarillos sont des petits cigares </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigares </p> <p><input type="checkbox"/> La pipe </p> <p><input type="checkbox"/> La chicha ou le narguilé </p>	

L'enquête s'est déroulée entre septembre 2022 et avril 2023. Le questionnaire a été administré sur tablette avec l'aide éventuelle d'un professionnel des structures de l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés des Hauts-de-France (UNAPEI Hauts-de-France) volontaires à l'enquête. L'UNAPEI Hauts-de-France accompagne plus de 32 000 personnes et, selon le dernier décompte réalisé par la DRESS en 2020, il y avait 13 000 places en ESAT dans cette même région [7]. Les répondants au Thermomètre de la santé, majoritairement travailleurs d'ESAT, sont au nombre de 1030 (voir tableau 1).

Nous n'avons pas saisi de Comité de Protection des Personnes ni même de comité d'éthique pour engager cette recherche. Ce sont les associations, sous l'égide de la délégation régionale UNPAEI Hauts-de-France, et avec le soutien de l'ARS Hauts-de-France, qui sont à l'initiative du Thermomètre de la santé. Le consentement des personnes

volontaires à répondre au questionnaire leur a été soumis à l'oral par le professionnel les accompagnant. À tout moment, les personnes pouvaient arrêter et abandonner la passation du questionnaire. Les précisions sur le contenu du questionnaire, les raisons de sa passation et les conditions étaient expliquées en amont.

L'analyse statistique débute par une description des caractéristiques socio-démographiques des répondants. Elle se poursuit par une description des prévalences d'usage de tabac, d'alcool et de cannabis, dans l'ensemble de l'échantillon ainsi que par sous-groupes selon le sexe et l'âge, en reportant les intervalles de confiance à 95 % de chaque estimation. Enfin, l'étude des facteurs associés à l'usage régulier est réalisée à l'aide de régressions logistiques multiples dont les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios. Toutes les analyses ont été réalisées avec Stata® 16.

Résultats

Nous avons collecté 1030 réponses au Thermomètre de la santé.

Socio-démographie

Notre échantillon est composé majoritairement d'hommes ; six personnes se déclarant à la fois homme et femme (tableau 1). L'âge moyen est de 40 ans, le plus jeune des répondants ayant 15 ans, le plus âgé 79 ans. Un peu plus de 40 % des personnes déclarent vivre seules, les autres vivant avec d'autres personnes, soit en foyer soit dans leur famille. Une grande majorité travaille (85 %) et dit avoir une situation financière soit sans problème (25 %), soit correcte (49 %). Un peu plus d'un quart des répondants affirment avoir une situation financière juste ou difficile. Il y a quasiment autant de diplômés (le plus souvent titulaire d'un CAP) que de non diplômés. Le lieu de résidence des répondants est à plus de 50 % le département du Nord, suivi du Pas-de-Calais, de l'Oise, de la Somme et de l'Aisne. Plus de 90 % des répondants ont été accompagnés dans la passation du questionnaire par un professionnel des structures.

	%
Age (N=993)	
15-25 ans	18,1
26-40 ans	34,3
41-55 ans	32,7
56 ans et plus	14,8
Sexe (N=1028)	
Femme	38,1
Homme	61,3
Femme et homme	0,6
Vit seul.e (N=1030)	
Oui	41,2
Non	58,3
A un travail (N=1029)	
Oui	85,1
Non	17,9
Situation financière (N=831)	
Sans problème	25,2
Correcte	48,7
Juste	17,2
Difficile	8,9
Diplôme (N=735)	
Aucun	55,5
Au moins un	44,5
Département (N=1017)	
Aisne	3,7
Nord	50,5
Oise	16,5
Pas-de-Calais	23,1
Somme	6,1
Aide pour répondre au questionnaire (N=1021)	
Oui	90,6
Non	9,4

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Prévalence d'usages

Les prévalences d'usage de tabac, d'alcool et de cannabis sont présentées en fonction du genre et de l'âge dans les tableaux 2, 3 et 4.

L'expérimentation du tabac au cours de la vie est assez répandue : elle concerne une personne sur deux. L'usage actuel de tabac est déclaré par plus d'un quart des personnes, principalement des hommes et se retrouve plus fréquemment chez les plus de 40 ans. Il en va de même de l'usage quotidien de tabac (20,4 % des répondants), plus souvent masculin et chez les personnes les plus âgées. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 12,4. Les hommes fument plus que les femmes (13,6 cigarettes par jour en moyenne contre 9,5) et la quantité est relativement stable avec l'âge, même si les plus âgés semblent être un peu moins gros fumeurs (à noter toutefois que les effectifs sont faibles et que les intervalles de confiance se chevauchent pour quasiment toutes les catégories d'âge).

	Tous (N=1030)	Femmes (N=392)	Hommes (N=630)	15-25 ans (N=180)	26-40 ans (N=341)	41-55 ans (N=325)	+56 ans (N=147)
Usage au cours de la vie	48,1 % [45,0;51,2]	40,3 % [35,4;45,3]	53,0 % [49,0;57,0]	36,7 % [29,6;44,2]	42,8 % [37,5;48,3]	55,1 % [49,5;60,6]	64,0 % [55,6;71,7]
Usage actuel	25,9 % [23,3;28,7]	19,1 % [15,4;23,4]	30,2 % [26,6;33,9]	18,9 % [13,5;25,4]	22,9 % [18,5;27,7]	32,3 % [27,3;37,7]	29,9 % [22,7;38,0]
Usage actuel quotidien	20,4 % [18,0;23,0]	15,3 % [11,9;19,3]	23,7 % [20,4;27,2]	12,2 % [7,8;17,9]	16,1 % [12,4;20,5]	27,7 % [22,9;32,9]	25,9 % [19,0;33,7]
Nombre moyen de cigarettes par jour (écart type)	12,4 (9,8) [11,0;13,8] (N=187)	9,5 (6,9) [7,6;11,4] (N=54)	13,6 (10,5) [11,8;15,4] (N=132)	11,7 (8,7) [7,2;16,2] (N=14)	12,6 (8,4) [10,2;15,0] (N=51)	13,9 (11,6) [11,3;16,5] (N=81)	8,9 (6,6) [6,5;11,2] (N=34)

Tableau 2. Usage de tabac parmi les répondants

Les intervalles de confiance à 95% sont reportés entre crochets.

L'expérimentation de boissons alcoolisées se retrouve chez plus de 70 % des répondants, plus souvent chez les hommes et chez les plus de 25 ans (tableau 3). Environ 60 % des répondants concèdent une consommation lors de l'année précédant l'enquête, encore une fois plus souvent les hommes que les femmes mais sans distinction d'âge cette fois. Il en va de même des consommations dans la semaine écoulée : 17,4 % en concédant au moins une, plus souvent les hommes et sans distinction d'âge. La consommation quotidienne d'alcool concerne 3,5 % des répondants, plus souvent les hommes que les femmes (4,4 % versus 1,8 %) et plus souvent chez les plus de 40 ans, mais les intervalles de confiance se chevauchent dans les deux cas (sexe et âge).

Le nombre moyen de verres bus par jour est de 2. Les hommes boivent plus que les femmes lors d'une occasion de consommation (2,2 verres contre 1,7) et il n'y a pas de différence entre les classes d'âge. De la même façon, au moins un épisode de *binge drinking* (plus de 6 verres en une occasion) au cours de l'année est déclaré par plus d'un répondant sur 10 (10,6 %), plus souvent les hommes que les femmes (avec chevauchement des intervalles de confiance cependant) mais sans distinction d'âge.

	Tous (N=1030)	Femmes (N=392)	Hommes (N=630)	15-25 ans (N=180)	26-40 ans (N=341)	41-55 ans (N=325)	+56 ans (N=147)
Usage au cours de la vie	70,8 % [67,9;73,5]	62,5 % [57,5;67,3]	75,9 % [72,3;79,2]	61,7 % [54,1;68,8]	72,4 % [67,4;77,1]	74,2 % [69,0;78,8]	78,9 % [71,4;85,2]
Usage au cours de l'année	60,1 % [57,0;63,1]	53,8 % [48,8;58,8]	63,8 % [59,9;67,6]	57,2 % [49,6;64,6]	62,2 % [56,8;67,3]	61,9 % [56,3;67,2]	61,2 % [52,8;69,1]
Usage au cours des 7 derniers jours	17,4 % [15,1;19,8]	13,0 % [9,8;16,7]	20,2 % [17,1;23,5]	13,3 % [8,7;19,2]	17,3 % [13,4;21,7]	18,8 % [14,7;23,4]	21,1 % [14,8;28,6]
Usage actuel quotidien	3,5 % [2,5;4,8]	1,8 % [0,7;3,6]	4,4 % [3,0;6,4]	2,2 % [0,6;5,6]	2,4 % [1,0;4,6]	4,6 % [2,6;7,5]	4,8 % [1,9;9,6]
Nombre moyen de verres par jour (écart type)	2,0 (1,7) [1,9;2,2] (N=544)	1,7 (1,3) [1,6;1,9] (N=181)	2,2 (1,9) [2,0;2,4] (N=358)	2,0 (1,4) [1,7;2,3] (N=86)	2,2 (2,1) [1,9;2,4] (N=196)	2,0 (1,6) [1,7;2,2] (N=170)	2,0 (1,8) [1,6;2,4] (N=80)
<i>Binge drinking</i> au cours de l'année	10,6 % [8,8;12,6]	7,4 % [5,0;10,5]	12,4 [9,9;15,2]	12,8 % [8,3;18,6]	10,6 % [7,5;14,3]	11,7 % [8,4;15,7]	7,5 % [3,8;13,0]

Tableau 3. Usage d'alcool parmi les répondants

Les intervalles de confiance à 95% sont reportés entre crochets.

Les usages de cannabis sont plus rares (tableau 4). L'expérimentation (l'usage au cours de la vie) ne concerne que 9 % des répondants, plus souvent des hommes et les moins de 55 ans. L'usage au cours de l'année écoulée concerne un peu plus de 3 % des répondants, l'usage dans le mois un peu plus de 2 % d'entre eux et l'usage quotidien un peu plus de 1 %. Il s'agit à chaque fois plus souvent d'hommes, plutôt jeunes, mais sans écarts identifiés par les intervalles de confiance.

	Tous (N=1014)	Femmes (N=385)	Hommes (N=621)	15-25 ans (N=176)	26-40 ans (N=336)	41-55 ans (N=320)	+56 ans (N=145)
Usage au cours de la vie	9,0 % [7,3;10,9]	4,9 % [3,0;7,6]	11,6 % [9,2;14,4]	11,9 % [7,5;17,7]	10,7 % [7,6;14,5]	10,3 % [7,2;14,2]	0,0 % [0;2,5]
Usage au cours de l'année	3,4 % [2,3;4,7]	2,1 % [0,9;4,1]	4,2 % [2,8;6,1]	6,8 % [3,6;11,6]	4,2 % [2,3;6,9]	2,2 % [0,9;4,5]	0,0 % [0;2,5]
Usage au cours des 30 derniers jours	2,2 % [1,4;3,3]	1,0 % [0,3;2,6]	2,9 % [1,7;4,5]	4,0 % [1,6;8,0]	2,4 % [1,0;4,6]	1,9 % [0,7;4,0]	0,0 % [0;2,5]
Usage actuel quotidien	1,1 % [0,5;1,9]	0,3 % [0,0;1,4]	1,6 % [0,8;2,9]	1,1 % [0,1;4,0]	1,5 % [0,5;3,4]	0,9 % [0,2;2,7]	0,0 % [0;2,5]

Tableau 4. Usage de cannabis parmi les répondants

Les intervalles de confiance à 95% sont reportés entre crochets.

Facteurs associés

Le tableau 5 montre les résultats des régressions logistiques multiples effectuées pour étudier les facteurs associés aux usages réguliers de tabac (usage actuel), d'alcool (usage au cours des 7 derniers jours) et de cannabis (usage au cours des 30 derniers jours). Il est à noter qu'en raison de valeurs manquantes concernant plusieurs des variables utilisées (se reporter au Tableau 1 pour le nombre d'observations disponibles pour chaque variable), les tailles d'échantillon des régressions sont réduites (587 pour le tabac et l'alcool et 464 pour le cannabis) et l'existence d'un biais lié à la non-réponse partielle au questionnaire ne peut pas être totalement exclu.

Les hommes sont ainsi plus susceptibles d'être usagers de tabac, d'alcool et de cannabis que les femmes. Le fait de vivre seul est associé significativement à l'usage régulier de tabac et le fait de travailler est un facteur significatif de la consommation régulière d'alcool.

	Tabac	Alcool	Cannabis
Femme (ref. Homme)	0.501*** (0.001)	0.658* (0.062)	0.245* (0.077)
Age (ref. 15-25 ans)			
26-40 ans	1.057 (0.864)	0.778 (0.464)	0.218* (0.072)
41-55 ans	1.219 (0.531)	0.981 (0.953)	0.419 (0.231)
56 ans et plus	1.317 (0.459)	1.330 (0.482)	
Vit seul (ref. Non)	1.698*** (0.007)	1.399 (0.116)	1.703 (0.384)
Travaille (ref. Non)	1.349 (0.310)	2.564** (0.011)	2.347 (0.442)
Situation financière (ref. Sans problème)			
Correcte	1.906** (0.014)	0.939 (0.807)	0.208* (0.080)
Juste	2.806*** (0.001)	0.896 (0.744)	1.933 (0.384)
Difficile	2.602** (0.018)	1.041 (0.928)	1.590 (0.629)
Diplôme (ref. Aucun)	0.951 (0.802)	1.235 (0.334)	2.213 (0.204)
Contrôle du département de résidence	OUI	OUI	OUI
Constante	0.199** (0.012)	0.120*** (0.004)	0.074* (0.070)
Nombre d'observations	587	587	464

Tableau 5. Facteurs associés aux usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis (régressions logistiques multiples, odds ratios reportés)

Valeurs de p reportées entre parenthèses sous chaque odds ratio. *** : $p < 0,01$; ** : $p < 0,05$; * : $p < 0,1$. "usages réguliers" correspond à "usage actuel" pour le tabac, "usage au cours des 7 derniers jours" pour l'alcool et "usage au cours des 30 derniers jours" pour le cannabis.

Par rapport aux individus déclarant avoir une situation financière sans problème, ceux déclarant une situation correcte, juste ou difficile ont un surrisque d'usage de tabac deux à trois fois plus important. L'âge, le niveau de diplôme et le département de résidence (résultats détaillés non reportés dans le tableau 5) ne sont significativement associés à aucun usage régulier.

DISCUSSION

L'exploitation du Thermomètre de la santé met en relief les usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez les personnes en situation de handicap intellectuel dans les Hauts-de-France. Il ressort que les prévalences sont moindres qu'en population générale que ce soient pour les usages de tabac, d'alcool ou de cannabis. Elles étaient en population générale, au niveau national, de 25, 3% de fumeurs quotidiens en 2021, 10% de consommateurs quotidiens d'alcool en 2017 et 1,7% d'usagers quotidiens de cannabis en 2021 [8-11]. Les prévalences du tabagisme quotidien sont ainsi 5 points en deçà (plus si l'on cherche à les comparer aux non diplômés ou ceux ayant un diplôme inférieur au baccalauréat de la population générale), celles d'alcool presque trois fois moindres pour les usages quotidiens et celles d'usage quotidien de cannabis de 0,6 point en moins. Cependant, que ce soit pour le tabac ou l'alcool, les quantités consommées semblent quasi-identiques à celles de la population générale. Le nombre de cigarettes consommées par jour est en moyenne de 12,7 cigarettes par jour en population générale (11,8 pour les femmes, 13,5 pour les hommes), 12,4 dans notre échantillon (9,5 pour les femmes, 13,6 pour les hommes) [9]. Le nombre de verres d'alcool bus chez les hommes et les femmes est quasi identiques à ceux repérés en population générale [10]. Pour ce qui est du cannabis, les comparaisons ne peuvent être effectuées sur le nombre de joints fumés par épisode de consommation mais comme dans la population générale, on retrouve les prévalences les plus élevées chez les plus jeunes [11]. Il est par ailleurs intéressant de remarquer, grâce aux niveaux d'expérimentation, que la diffusion du cannabis ou son accessibilité devait être plus restreinte auparavant qu'elle ne doit l'être aujourd'hui. On constate en effet que les plus âgés (56 ans et +) ne concèdent aucune

expérimentation du cannabis, au contraire des produits légaux, signifiant peut-être en cela qu'ils n'étaient pas en contact avec le produit durant leur jeunesse.

Les comparaisons avec les prévalences trouvées en population générale présentent des limites. En effet, alors que nous trouvons des usages fortement genrés, cet effet de genre est beaucoup moins marqué en population générale. Ce résultat provient certainement de la sur-représentation des hommes dans les populations présentant une situation de handicap intellectuel [2], phénomène qui limite ou tout au moins relativise les comparaisons populationnelles effectuées.

Le fait de déclarer vivre seul est associé à un surrisque d'usage de tabac, voire d'alcool. La plus grande autonomie des personnes peut expliquer ce résultat. Par opposition, ils peuvent aussi l'être du fait de l'interdiction de fumer dans les parties communes fermées ou de consommer de l'alcool dans les foyers. Aussi, le fait de déclarer travailler représente un surrisque d'usage d'alcool. Encore une fois, l'autonomie liée au revenu retiré du salaire (même si tous les individus perçoivent soit l'Allocation Adulte Handicapé couplé au revenu garanti, soit une retraite) peut expliquer ce résultat. Il pourrait également être expliqué par une socialisation accrue du fait du travail en ESAT ou par la pénibilité des travaux réalisés, souvent des travaux de conditionnement, d'entretien d'espaces verts, de blanchisserie ou encore de mécanique ; l'alcool pouvant avoir un rôle de dopant ou d'anesthésiant [12].

Dans le même temps, les variables de situation financière laissent transparaître un résultat connu en population générale : le fait que les situations financières les plus difficiles concourent à un risque accru d'usage de tabac [13]. Nous trouvons que les individus déclarant une situation financière plus compliquée que ceux déclarant une situation correcte ont plus de deux fois plus de risque d'être des fumeurs réguliers.

Limites et perspectives

Cette étude permet de renseigner, pour la première fois à notre connaissance, les prévalences d'usages de tabac, d'alcool et de cannabis des personnes en situation de handicap intellectuel en France à une échelle régionale. Outre un biais potentiel de désirabilité sociale ou de sous-déclaration, elle souffre d'une incertitude sur sa représentativité. Alors que la participation au Thermomètre de la santé était volontaire, aussi bien par les professionnels des structures que les répondants, la taille de l'échantillon nous autorise quelques espoirs de robustesse statistique et de représentativité bien que nous ne puissions redresser nos résultats sur un quelconque recensement de la population étudiée. Aussi, les proportions de répondants réparties géographiquement s'apparient plutôt bien avec le recensement populationnel des départements de la région des Hauts-de-France [14]. Nos résultats ne sont, en l'état, pas généralisables et des études complémentaires, que ce soit dans d'autres régions ou auprès de personnes présentant d'autres types de handicap, sont nécessaires pour étoffer les connaissances en matière de conduites addictives des populations souffrant de handicap intellectuel hors d'atteinte des enquêtes menées en population générale et ainsi pouvoir proposer des outils de prévention adéquats.

Références

1. Schalock RL., Borthwick-Duffy SA., Bradley VJ., et al. *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington; 2010.
2. Inserm. *Déficiences intellectuelles*. Expertise Collective, Editions Inserm; 2016.
3. McGuire BE, Daly P, Smyth F (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intell Disab Res* 2007;51(7):497-510.
4. Pacoricona Alfaro DL, Ehlinger V, Spilka S, Ross S, Sentenac M, Godeau E. Alcohol, tobacco and cannabis use: Do students with mild-intellectual disability mimic students in the general population? *Res Dev Disab* 2017;63:118-131.
5. Huxley A, Dalton M, Tsui YYY, Hayhurst KP. Prevalence of alcohol, smoking, and illicit drug use amongst people with intellectual disabilities: review. *Drugs: Educ Prev Policy* 2019;26(5):365-384.
6. Hymowitz N., Jaffe F. E., Gupta A., Feuermn M. Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatr Ser* 1997;48(1):100-102.
7. DRESS. *Panorama statistique*. Cohésion sociale, travail, emploi. DRESS 2022.
8. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bull Epidemiol Hebd* 2021;(8):132-9.

9. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd* 2022;(26):470-80.
10. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd* 2019;(5-6):89-97.
11. Le Nézet O, Spilka S, Lahaie E, Andler R. Les usages de cannabis en population adulte en 2021. OFDT, Tendances n° 153, 2022.
12. Crespin R, Lhuiller D, Lutz G. *Se doper pour travailler*. Erès Editions, 2017.
13. Peretti-Watel P, Constance J. "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *Int J Environ Res Public Health* 2009;6(2):608-21.
14. INSEE, Comparateur de territoires, Région Hauts de France, version du 25/08/2023. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/zones/1405599?geo=REG-32&debut=0> (accessed September 2023)

Rôle des auteurs : L'UNAPEI Hauts-de-France a été en charge de la traduction FALC du Baromètre et de son pré-test. La délégation régionale de « Nous Aussi » et l'UNAPEI Hauts-de-France ont géré la diffusion du questionnaire et réalisé la passation du questionnaire auprès de ceux qui désiraient un accompagnement. Sophie Massin a réalisé les analyses statistiques de la base de données. Christian Ben Lakhdar a écrit les premières versions de l'article et a supervisé sa finalisation en lien avec tous les auteurs et autrices.

Ethique : Le projet ne rentrant pas dans le cadre de la loi Jardé, il n'a fait l'objet d'aucun avis de comité d'éthique.

Remerciements : Nous sommes redevables à la gentillesse de François Beck et de Viêt Nguyen Thanh de Santé publique France qui nous ont autorisés à traduire et utiliser le questionnaire du Baromètre. Nous remercions tous les professionnels ayant supervisé la passation du questionnaire, ainsi évidemment que tous les répondants.

Source de financement : Ce travail a fait l'objet d'un financement du Fonds de lutte contre les addictions 2022 de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France, Dossier n° C34.

Recherche

Prise en charge de l'usage combiné du tabac et du cannabis

Deschenau Alice¹, Malécot Marie², Underner Michel³

¹ GH Paul Guiraud, Service Addictions, 54 avenue de la République ,94800 Villejuif, France

² Unité d'addictologie CH St Joseph St Luc, 69007 Lyon, France

³ Unité de Recherche Clinique, Centre Hospitalier Henri Laborit, Université de Poitiers, 86021 Poitiers, France

*Correspondance : Deschenau Alice, GH Paul Guiraud, Service Addictions, 54 avenue de la République 94800 Villejuif, alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr

Résumé : Le tabac et le cannabis sont deux des trois substances les plus consommées en France, le cannabis étant majoritairement fumé avec du tabac. Les données de la littérature sont en faveur d'effets synergiques des deux produits. La Haute Autorité de Santé recommande un dépistage et une évaluation systématiques des deux usages. Une fois la co-consommation évaluée, le professionnel peut informer le patient sur les risques liés à ses usages ainsi que sur les aides existantes, et déterminer avec lui ses objectifs de prises en charge. En fonction de ces derniers, il élabore une stratégie de prise en charge qui pourra s'appuyer sur la combinaison d'outils pharmacologiques, spécifiques dans le cas du tabac, à visée symptomatique pour les deux, et de techniques de psychothérapies. Cette stratégie accompagne l'arrêt comme la réduction progressive. Le professionnel sera à même d'apprécier l'évolution des symptômes de sevrage, des cravings, des effets secondaires des thérapies et d'adapter sa stratégie de soins au besoin. Elle sera d'autant plus efficace qu'elle pourra viser les deux substances et associer outils pharmacologiques et non pharmacologiques. La prise en charge du sevrage tabaco-cannabique ne doit pas faire oublier l'importance de la réduction des risques et des dommages et de la prévention.

Mots-clés : Dépendance au tabac, dépendance au cannabis, sevrage tabagique, pharmacothérapies, psychothérapies.

Summary: Tobacco and cannabis are two of the three drugs most used in France, cannabis being mostly smoked with tobacco. Data in the literature support synergistic effects of the two substances. The Haute Autorité de Santé (an independent French public health authority), recommends screening and systematic assessment of both substances' use. Once the co-consumption has been evaluated, the health professional can inform the patient about the risks associated with using these drugs as well as the existing cares. Together, they determine the treatment's objectives. Based on this information, a care strategy can be developed, that will combine pharmacological tools, specific in the case of tobacco, symptomatic for both, and techniques of psychotherapy. This strategy accompanies both stopping and gradual reduction. The professional will be able to assess the evolution of withdrawal symptoms, coping with cravings, side effects of therapies. So, he can adapt the care strategy as needed. It will be more effective if it can target both substances and combine pharmacological and non-pharmacological strategies. The management of tobacco-cannabis cessation should not overlook the importance of harm reduction and prevention.

Keywords: Tobacco Dependence, Cannabis Dependence, Smoking Cessation, Pharmacotherapies, Psychotherapies.

Introduction

Le tabac et le cannabis sont deux des trois substances les plus consommées en France. En 2022, moins de trois adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (29,9 %). Les consommations étaient d'autant plus masculines que leur fréquence est élevée. Près d'un jeune de 17 ans sur trois (25,1 %) déclare avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours [1].

Chez les adultes, en 2021, 47,3 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'usage actuel (usage dans l'année) demeurerait stable avec 10,6 % des 18-64 ans (14,2 % des hommes et 7,2 % des femmes). Avec des premiers usages qui se déroulent principalement entre 18 et 25 ans et une proportion d'expérimentateurs de cannabis qui culmine entre 26 et 34 ans quel que soit le sexe, l'usage de cannabis demeure avant tout un phénomène générationnel. L'usage actuel concernait encore les plus jeunes (23,5 % des 18-24 ans). En 2022, en

France métropolitaine, plus de 3 personnes de 18-75 ans sur 10 déclaraient fumer (31,8%) et un quart déclaraient fumer quotidiennement (24,5%). La prévalence du tabagisme quotidien reste supérieure parmi les hommes (27,4 % contre 21,7 % parmi les femmes). Un écart de 14 points est observé entre les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (30,8%) et les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat (16,8%) [2].

Le mode de consommation du cannabis le plus fréquent en France consiste à le fumer sous forme de résine ou d'herbe avec du tabac (le joint). Certains usagers le consomment avec des pipes à eau (ou « bang ») et plus rarement en pâtisseries (« *space-cakes* ») ou tisanes.

Des travaux suggèrent que le système endocannabinoïde contribue à renforcer les effets de la nicotine [3, 4], que la combinaison des substances entraîne des effets agréables accrus [5]. Le tabac permettrait d'augmenter la vaporisation du THC (Δ^9 -tétrahydrocannabinol) [6]. Une revue de la littérature de 2012 [7] concluait que les consommateurs de cannabis qui fumaient également du tabac étaient plus dépendants au cannabis, avaient plus de problèmes psychosociaux et de moins bons résultats de sevrage que ceux qui consommaient du cannabis mais pas du tabac. L'inverse ne semblait pas être le cas dans cette revue. Des travaux retrouvent cependant une majoration du risque de dépendance à la nicotine en cas d'usage quotidien du cannabis [8].

Pour ces raisons, l'évaluation addictologique d'un fumeur de cannabis doit comprendre l'évaluation de son tabagisme et réciproquement. S'ajoute à la question des substances, celle du mode de consommation. Quel(s) que soit le(s) produit(s) fumé(s), sortir de la fume est essentiel pour la réduction des risques et des dommages du patient consommateur [9].

Clinique Du Sevrage Tabaco-Cannabique

Un usager peut être confronté à une situation de sevrage combiné tabac et cannabis, total ou partiel.

Tabac	Cannabis
Au moins 4 symptômes parmi les suivants	Au moins 3 symptômes parmi les suivants
Dans les 24 heures	Dans la semaine
Irritabilité, frustration ou colère	Irritabilité, colère ou agressivité
Anxiété	Nervosité ou anxiété
Insomnie	Troubles du sommeil (insomnie, rêves inquiétants)
Augmentation de l'appétit	Diminution de l'appétit ou perte de poids
Fébrilité	Fébrilité
Humeur dépressive	Humeur dépressive
Difficultés de concentration (intellectuelle)	
	Au moins un symptôme physique suivant causant un inconfort important : douleur abdominale, tremblements, transpiration, fièvre, frissons ou céphalées.

Tableau I – Les signes cliniques du sevrage du tabac en regard de ceux du sevrage du cannabis suivant le DSM-5

Les symptômes des deux sevrages tels qu'énoncés dans le DSM-5 apparaissent alors intriqués (tableau I) mais avec une temporalité un peu différente, ceux du sevrage du tabac apparaissant dans les 24 heures.

Le *craving* est une autre composante essentielle des addictions. C'est le critère 4 de la définition de l'addiction à une substance selon le DSM-5. Charles-Nicolas [10] souligne que le *craving* n'est pas le manque et distingue deux types de

craving : le *craving* général : envie obsédante de fumer, à la phase initiale du sevrage, lié à l'absence de substance psychoactive et le *craving* signaux-induit (*cue-reactivity*), fréquent lors des rechutes.

Les mécanismes du *craving* restent imparfaitement connus ; en 1999, Verheul et al. [11] ont proposé un modèle à trois dimensions biologiques : (1) le *craving* de récompense (*reward craving*), impliquant dépendance, personnalité hédonique et binge (dysrégulation Dopamine/Opioides), (2) le *craving* de soulagement (*relief craving*), avec le stress et les effets renforçateurs négatifs des substances psychoactives (dysrégulation Gaba/Glutamate), et (3) le *craving* « obsessionnel » (*obsessional craving*) : comportant compulsions, pensées intrusives, et perte de contrôle (dysrégulation 5HT [sérotonine]).

Le questionnaire FTCQ-12 (*French Tobacco Craving Questionnaire - 12 items*) permet une mesure rapide, valide et fiable des envies de fumer (ou « urgences à fumer »). Il comporte 12 items explorant 4 facteurs [12]. Un score élevé est associé à une forte dépendance tabagique.

Il n'existe pas d'échelle d'évaluation du sevrage cannabique en français en dehors des items du DSM-5. En anglais, il a été proposé la *Cannabis Withdrawal Scale* [13] ou encore la *Marijuana Withdrawal Checklist* [14]. Pour évaluer la dépendance, le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) reste la référence [15].

Méthode

Pour traiter de la sortie de l'usage combiné du tabac et du cannabis, une recherche sur Medline a été réalisée sur la période 2000-2020 avec les mots-clés suivants : « *smoking/tobacco cessation* », « *tobacco* », « *cannabis dependence* » associés à « *treatment* », « *pharmacothérap** » (pour « *pharmacotherapy* », « *pharmacotherapies* »), « *psychotherap** » (pour « *psychotherapy* », « *psychotherapies* »), avec les limites « Title/Abstract » et « Human ». Les critères d'éligibilité étaient : articles en langues anglaise ou française ; publications de types revues et revues systématiques, méta-analyses et guidelines. Une recherche complémentaire jusqu'en 2023 a été réalisée.

Ont été exclues les études concernant le sevrage chez des consommateurs de substances psychoactives autres que le tabac et le cannabis, les études concernant des populations spécifiques (comorbidités psychiatriques, les femmes enceintes...). L'extraction des données a permis d'identifier :

- Trois publications pour l'association cannabis et tabac,
- 46 publications pour le cannabis (dont les trois précédentes) dont 26 ont pu être retenues après une première sélection, basée sur le titre, les mots-clés et la lecture de l'abstract et l'élimination des doublons puis 14 à la lecture. La recherche complémentaire a fait ajouter trois articles.
- 677 publications pour le tabac. Dans ce contexte, les auteurs ont choisi de s'appuyer sur les recommandations des institutions nationales de santé publique, de la base Cochrane et de revues de la littérature complémentaires. La recherche complémentaire a fait ajouter cinq articles.

Principes de la prise en charge

Attitude du praticien

Face à un fumeur, le professionnel de santé établit une « alliance thérapeutique » sans laquelle, il n'y a pas d'engagement dans la relation. Il doit avoir une attitude empathique dont le vecteur est la reformulation. C'est un professionnel qui connaît les techniques et les médicaments validés, il sait conceptualiser le cas et évaluer les résultats. Il renforce le patient en positivant ses réussites si petites soient-elles [16].

Il est important de tenir compte des choix du patient (date d'arrêt, arrêt brutal ou progressif, type d'aide : médicamenteuse ou non médicamenteuse) et de lui expliquer l'importance d'associer une aide psychologique et une aide médicamenteuse. Son choix de faire un sevrage de tabac et/ou de cannabis sera pris en compte tout en motivant le patient à faire un sevrage mixte.

Une approche globale

Bien que peu de travaux soient publiés à propos de la prise en charge concomitante des deux addictions, il est nécessaire de prévoir un traitement mixte du sevrage tabac et cannabis - même si le fumeur de cannabis ne souhaite pas arrêter le tabac -, compte tenu de l'effet renforçateur des deux substances psychoactives [17].

En complément de la prise en charge addictologique, considérer les comorbidités qu'elles soient primaires, secondaires ou concomitantes, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques (en particulier algiques), est essentiel.

Le sevrage comprend des outils pharmacologiques et non pharmacologiques. Il doit s'inscrire dans une vision plus chronique de l'addiction et s'associer à un travail de rétablissement et de prévention de la rechute, ainsi que de réduction des risques.

Stratégies Pharmacologiques Pour La Prise En Charge Du Sevrage

Pour le sevrage du tabac (ST)

Stratégies pharmacologiques standards

En France, les trois médicaments ayant une autorisation de mise sur le marché comme aide au ST sont les substituts nicotiques (SN), la varénicline et le bupropion. Les deux premiers sont pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription. En revanche, le bupropion n'est pas remboursé.

Substituts nicotiques (SN)

- Absence d'envie de fumer
- Nausées
- Palpitations
- Céphalées
- Insomnie
- Diarrhée
- Lipothymies
- Bouche pâteuse

Tableau II - Principaux signes de surdosage en substitution nicotinique

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) [18] recommande d'utiliser les SN comme traitements de première intention. Le schéma thérapeutique standard utilisé avec les SN associe un ou plusieurs patches de nicotine et des formes orales de nicotine (pastilles/comprimés, gommes, inhalateur, spray buccal) à la demande, en cas de *craving*. Les dosages sont proposés selon la consommation quotidienne moyenne et adaptés rapidement selon les signes de sevrage, les *cravings* et les signes de surdosage en nicotine. Ces derniers figurent dans le tableau II, les nausées étant le symptôme le plus fréquent. Les effets indésirables (EI) des SN sont rares et bénins (allergie cutanée aux patches, troubles du sommeil si le patch reste appliqué la nuit).

L'efficacité des SN (*vs.* placebo) a été démontrée [19]. L'efficacité la plus importante est obtenue si le traitement combine patches, formes orales [20] et soutien psycho-comportemental. Une durée prolongée d'utilisation des SN (> 3 mois) est plus efficace qu'une durée de 3 mois [21].

Varénicline

La varénicline est recommandée en deuxième intention par la HAS chez les fumeurs dépendants de la nicotine (score de Fagerström en 6 questions ≥ 7 pour un score de 0 à 10) [18]. Le schéma thérapeutique standard comporte une phase d'augmentation des doses de 7 jours (1 comprimé à 0,5 mg le matin les 3 premiers jours puis 1 comprimé à 0,5 mg matin et soir du 4^{ème} au 7^{ème} jour) puis une phase de maintien (2 mg /jour : 1 comprimé à 1 mg matin et soir). La durée totale est de 12 semaines. La date d'arrêt du tabac se situe au cours des 14 premiers jours du traitement [18]. La varénicline permet d'obtenir des taux d'abstinence tabagique supérieurs au placebo mais aussi aux autres traitements

pharmacologiques (SN, bupropion) [22]. Anthenelli et al. [23] ont démontré l'efficacité et la sécurité de la varénicline (ainsi que des SN et du bupropion) chez des patients avec ou sans troubles psychiatriques.

Indisponible depuis 2021 en Europe, une reprise de la production par le laboratoire est toujours attendue.

Bupropion

Le bupropion est également recommandé en deuxième intention dans le ST par la HAS [18]. Le schéma thérapeutique standard comporte une phase d'augmentation des doses de 6 jours (1 comprimé à 150 mg le matin) suivi d'une phase à dose complète (300 mg/jour : 1 cp à 150 mg le matin et en fin d'après-midi afin de limiter les troubles du sommeil, fréquents avec cette molécule ; un intervalle de 8 heures doit être respecté entre les prises). La durée totale de traitement de 7 à 9 semaines. La date d'arrêt du tabac se situe au cours de la deuxième semaine du traitement. Le bupropion est efficace au cours du ST [24]. L'épilepsie est une contre-indication formelle du bupropion. Notons que cette molécule, sans être strictement indisponible, est difficilement accessible et non remboursée.

Stratégies pharmacologiques non standards

Les schémas standards peuvent s'avérer d'une efficacité insuffisante chez les fumeurs difficiles (*Hard-core smokers*), chez lesquels les taux d'abstinence tabagique sont faibles et/ou les taux de rechute sont élevés. Ces fumeurs constituent une population hétérogène, mais ils ont en commun une forte dépendance au tabac et une importante consommation de cigarettes. Ils sont exposés aux conséquences morbides induites par leur tabagisme. Ils cumulent souvent d'autres facteurs défavorables à la réussite de la tentative de sevrage : troubles anxio-dépressifs, co-consommations de substances psychoactives (notamment : alcool, cannabis) et précarité socio-économique [25].

Une revue générale récente synthétise les stratégies pharmacologiques différentes des traitements standards [26]. L'augmentation des doses de varénicline (3 mg/j) augmente le taux d'abstinence continue entre la 9^{ème} et la 24^{ème} semaine, mais avec des EI plus fréquents. Le traitement prolongé par patchs de nicotine augmente le taux d'abstinence ponctuelle à 6 mois, mais pas à un an. Un traitement prolongé par varénicline (24 *vs.* 12 semaines) augmente le taux d'abstinence continue au cours des semaines 13 à 24 et des semaines 13 à 52. Enfin, un traitement prolongé par bupropion (45 *vs.* 7 semaines) augmente la prévalence ponctuelle de l'abstinence aux semaines 52 et 78 mais pas à la semaine 104. Un traitement combiné par varénicline et patchs de nicotine ou par varénicline et bupropion est plus efficace que la varénicline en monothérapie. L'arrêt du tabac à date flexible avec la varénicline (entre le 7^{ème} et le 35^{ème} jour après début du traitement) augmente l'abstinence continue à la semaine 12 (fin du traitement) et au cours des semaines 9 à 24. De plus, une date d'arrêt flexible peut être plus facile à accepter pour le sujet. Le prétraitement (*preloading*) par patchs de nicotine débutant avant la date prévue d'arrêt du tabac double la probabilité d'arrêt à 6 mois. Un prétraitement de 4 semaines par varénicline augmente le taux d'abstinence prolongée à la semaine 12. Le retraitement (*recycling*) par varénicline augmente le taux d'abstinence continue au cours des semaines 9 à 12.

Les recommandations espagnoles de 2023 qui apportent les mêmes éléments, soulignant la supériorité des associations comprenant la varénicline (en premier lieu avec la substitution nicotinique), et qui introduisent la cytosine comme une autre option pharmacologique (non disponible en France) [27].

Par ailleurs, les psychédéliques qui connaissent un regain d'intérêt en recherche clinique seraient une piste intéressante pour la dépendance tabagique [28].

1.1.1. Pour le sevrage cannabique

Si le sevrage n'est pas systématique, lorsqu'il existe, il serait un facteur favorisant l'arrêt plus précoce des consommations chez les personnes dépendantes [29].

Les traitements spécifiques

Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché en France. En effet, aucun traitement spécifique addictolytique ou de substitution pour la dépendance au cannabis n'est reconnu actuellement, en l'absence de niveau de preuves suffisant, et ce malgré des études avec différentes molécules : analogues du THC et cannabinoïdes,

antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de sérotonine, antidépresseurs d'action mixte, thymorégulateurs, topiramate, bupropion, buspirone, atomoxetine, N-acétylcystéine, ocytocine, gabapentine, inhibiteurs de la FAAH (fatty-acid amyl hydroxylase inhibitors) [29-31].

La littérature retient l'intérêt potentiel plus particulièrement de la gabapentine [29-31], des préparations contenant du THC [29, 30] pour le sevrage, mais aussi de la nabilone (cannabinoïde), du topiramate et des inhibiteurs FAAH pour réduire les consommations [29bis].

Des travaux se poursuivent pour le traitement des symptômes du sevrage ou du trouble de l'usage avec des résultats intéressants avec les agonistes cannabinoïdes à l'exemple du nabiximol [32], mais aussi du dronabinol et de la nabilone déjà citée [33] ou encore pour l'AEF0117, un inhibiteur spécifique de la signalisation du CB1 [34]. Cependant il n'existe pas de recommandations de leur usage hors AMM [35].

Les médicaments utiles

Dans ce contexte, les recours pharmacologiques visent à atténuer les symptômes de sevrage et les tensions du craving [15]. Ainsi les propriétés recherchées visent :

Un effet sédatif et/ou anxiolytique pour les situations de tension interne, nervosité, agressivité. Des traitements neuroleptiques sédatifs tels que la cyamémazine ou la lévomépromazine, ou de l'hydroxyzine, peuvent être proposés en première intention. La prescription de benzodiazépines est évitée du fait du caractère addictogène. Elle reste néanmoins envisageable suivant les recommandations de l'HAS [33].

Lutter contre l'insomnie. Des traitements antidépresseurs avec indication pour l'insomnie, en particulier la mirtazapine [29,30]. La quétiapine, en plus de favoriser l'appétit, pourrait être efficace [29]. Des traitements antihistaminiques comme l'alimémazine, peuvent être proposés pour éviter les traitements addictogènes. Pour autant, les benzodiazépines et apparentés (zopiclone, zolpidem) restent envisageables sur une courte durée.

Stratégies Non Pharmacologiques

La stratégie d'aide au sevrage tabagique la plus efficace est l'association d'un traitement pharmacologique et d'une aide psycho-comportementale [20]. Les interventions comportementales associées au traitement pharmacologique augmentent les chances de réussite à 6 mois du sevrage tabagique (RR = 1,83 ; IC95% : 1,68-1,98) [37]. Fournir un soutien comportemental aux fumeurs utilisant des médicaments validés pour tenter d'arrêter de fumer augmente la proportion de tentatives réussies [38]. Le taux d'abandon des patients est moins élevé lorsqu'on associe une psychothérapie *versus* pas de psychothérapie [39].

Il existe plusieurs types d'aide psycho-comportementale : d'intensité légère à modérée (conseils brefs, soutien par téléphone, e-mail, Internet ou SMS) ou plus intense (entretiens motivationnels, thérapies cognitives et comportementales [TCC], management des contingences).

Les différentes interventions présentées ont été en majorité étudiées pour des fumeurs de tabac. Elles s'appliquent naturellement aux fumeurs de cannabis qui sont des fumeurs mixtes en France. Lorsque des études spécifiques ont été faites sur les fumeurs de cannabis, elles seront mentionnées à part.

Intervention brève et conseil d'arrêt

Dans ses recommandations sur le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), la HAS recommande de toujours rechercher la consommation de tabac et de cannabis et de pratiquer le conseil d'arrêt de façon systématique [40]. Pour Aveyard et al. [41], proposer de l'aide et des médicaments, entraîne plus d'arrêt que de proposer simplement d'arrêter.

Il existe des preuves de certitude modérée qu'un soutien comportemental amélioré et axé sur l'observance des médicaments pour arrêter de fumer peut légèrement améliorer l'observance [42].

Approche motivationnelle par l'EM (Entretien Motivationnel)

Le discours motivationnel explore l'ambivalence du fumeur, évalue sa motivation et sa confiance à arrêter, en suscitant et appuyant le « discours du changement ». Lindson et al. [43], ne retrouvent pas suffisamment de preuves pour affirmer que l'EM aide ou non les fumeurs à arrêter par rapport à l'absence d'intervention (RR = 0,84 ; IC95 % : 0,63-1,12), mais le nombre de participants est faible (684). Il n'y a pas non plus de preuves de son efficacité en association avec d'autres traitements d'arrêt du tabac. Un EM plus intensif serait néanmoins plus efficace qu'un EM moins intensif (RR = 1,23 ; IC95 % : 1,11-1,37). L'auteur précise dans la discussion que la motivation de base des participants recrutés modère l'effet de l'EM : les études qui ont recruté des participants ayant une faible motivation à arrêter ont trouvé un effet significatif de l'EM sur les taux d'abandon à la fois à court et à long terme.

Pour le trouble de l'usage du cannabis, les approches motivationnelles montrent des résultats positifs [44-46].

Les Thérapies Comportementales et Cognitives

La HAS recommande d'utiliser en première ligne les TCC, méthodes validées efficaces [18]. Elles sont validées dans le ST mais ne sont pas suffisamment utilisées en pratique courante [47].

En ce qui concerne le cannabis, Cooper et al. en 2015 [44] et Gates et al. en 2016 [45] retrouvent une supériorité des TCC et de l'EM pour réduire la fréquence et la quantité des consommations, et la sévérité des signes de dépendance. S'il y a association TCC + EM, les résultats sont meilleurs. Cela est probant à court terme (4 mois) mais pas à long terme (9 mois ou plus). Cependant, les psychothérapies sont d'autant plus efficaces qu'utilisées plus longtemps (sur plus de 4 sessions, et sur une période supérieure à un mois). Leur efficacité est augmentée si elles s'accompagnent de management des contingences sous forme de bons d'achats. Ce sont aussi les résultats amenés par la revue de Pouliquen et Auriacombe [46].

Pleine conscience et thérapies basées sur la pleine conscience

Ces thérapies, considérées comme 3^{ème} vague des TCC, diffèrent des TCC « classiques » car elles prônent l'acceptation des sensations et des pensées plutôt que le changement des cognitions. Skanavi et al. [48] en 2011 (six essais cliniques sur des addictions) démontrent une efficacité significative dans la réduction de consommation et surtout des effets à long terme positifs, probablement liés à un apprentissage de compétences nouvelles et durables, bien qu'il y ait un pourcentage non négligeable de perdus de vue. De plus, les interventions étudiées ont également permis de réduire la symptomatologie psychiatrique et le sentiment de stress perçu. Cependant, l'obligation de suivre des séances longues quotidiennes d'un minimum de 45 minutes par jour limite l'emploi de ces techniques. Öst [49] en 2014, dans sa revue de la littérature, cite trois études sur la dépendance à la nicotine dont une étude en faveur de l'association ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement) et bupropion supérieure au bupropion seul. Il conclut que l'ACT est probablement efficace dans les addictions bien qu'encore au stade expérimental. McClure et al. [50] en 2020 dans une étude randomisée (450 patients) retrouvent des résultats identiques à long terme (un an de suivi) chez des patients traités par SN et randomisés soit dans une thérapie de groupe ACT soit dans une thérapie de groupe TCC.

Les thérapies de groupe

Elles offrent une opportunité de pouvoir apprendre des techniques comportementales et un soutien mutuel au sein du groupe. Stead et al. en 2017 [51] ont comparé plusieurs types de groupe à plusieurs types de techniques d'arrêt dans des études qui avaient un suivi d'au moins 6 mois. Les thérapies de groupe sont certainement plus efficaces que les programmes d'auto-support et que les interventions brèves, mais n'ont pas prouvé d'efficacité supérieure aux conseils plus intenses. Il existe des preuves raisonnables que les groupes soient meilleurs que l'auto-assistance et d'autres interventions moins intensives pour aider les gens à arrêter de fumer, même s'ils ne font pas mieux que les conseils d'un professionnel de la santé. La thérapie de groupe peut également être utile dans le cadre d'une intervention globale qui comprend la pharmacothérapie.

Du point de vue de la santé publique, l'impact des groupes sur la prévalence du tabagisme dépendra de leur utilisation, comme on peut le voir lors du Mois sans tabac où davantage de personnes font une tentative d'arrêt au mois de novembre [52].

Prévention de la rechute

Le risque de rechute a été étudié chez les fumeurs abstinents. Les interventions comportementales visant à reconnaître les situations à haut risque de rechute et à apprendre les stratégies pour y faire face n'ont pas retrouvé d'intérêt dans la prévention des rechutes chez les fumeurs abstinents accompagnés [53].

Management des contingences

Basées sur les principes du conditionnement opérant, les interventions de management des contingences (MC) offrent des incitations ou des récompenses pour encourager des objectifs comportementaux spécifiques. Notley et al. [54] en 2019 ont étudié les incitations financières à l'arrêt et quelle que soit la somme donnée, les résultats sont en faveur d'une augmentation des arrêts du tabac, à 6 mois, arrêts qui se maintiennent après l'arrêt de l'incitation financière (RR = 1,49 ; IC95 % : 1,28-1,73). Plus récemment Rodas et al. ont publié une revue de littérature en faveur de l'efficacité du MC pour le trouble de l'usage du cannabis au sein une population de personnes souffrant de troubles psychotiques ou dépressifs [55]. Les études qui ont calculé le rapport coût/bénéfice ont montré une rentabilité certaine, d'autant que le traitement par bons d'achat est sans effet secondaire délétère.

La Rechute

Pour Marlatt et Gordon [56], « *la rechute est la règle et non pas l'exception* ». Il peut s'agir d'un faux pas (lapse) ou bien d'une rechute (relapse).

La rechute conduit le thérapeute à prendre en charge de nouveau le sevrage, ainsi que la prévention d'une nouvelle rechute, du tabac et du cannabis de façon combinée, si l'utilisateur l'accepte, ce qui est un enjeu car la prise en charge concomitante des deux consommations contribue justement à prévenir les rechutes [57,58]. Le travail de Gilbert et al. [59] laisse même entrevoir l'intérêt des patchs de nicotine comme traitement des affects négatifs liés au sevrage cannabique, chez des fumeurs pas ou peu dépendants.

Pour le tabagisme, il est recommandé d'utiliser des traitements prolongés : patchs pendant 6 mois, voire plus [60], varénicline pendant 24 semaines [61] ou plus rarement du bupropion (4 à 52 semaines) [62]. Les traitements combinés associant patchs et varénicline ou varénicline et bupropion sont plus efficaces que la varénicline en monothérapie [63]. En l'absence de thérapeutique reconnue pour le cannabis, il n'est pas encore proposé de protocole de prescription dans ce contexte.

Rappelons que les stratégies non pharmacologiques plus intensives et prolongées gagnent en efficacité.

CONCLUSION

Il est capital que tous les professionnels de santé s'enquière systématiquement du statut tabagique et cannabique de tout patient et proposent les aides existantes pour réduire ou arrêter ces consommations. Les fumeurs mixtes de tabac et de cannabis doivent bénéficier d'une prise en charge dans le respect de leurs objectifs, après informations sur les effets de ces substances, sur les aides validées à leur disposition. Cette prise en charge est optimisée lorsqu'elle vise conjointement les deux substances et combine outils pharmacologiques et non pharmacologiques. Ajoutons que les mesures de prévention visant à éviter l'initiation à la co-consommation de tabac et de cannabis chez les jeunes, apparaissent fondamentales.

REFERENCES

1. Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. *Tendances OFDT*, Mars 2023, n° 155, 8 p.
2. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(9-10):152-8.
3. Castañé A, Berrendero F, Maldonado R. The role of the cannabinoid system in nicotine addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2005;81(2):381-6.
4. Cohen C, Kostas E, Griebel G. CB1 receptor antagonists for the treatment of nicotine addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2005;81(2):387-95.
5. Cooper ZD, Haney M. Comparison of subjective, pharmacokinetic, and physiological effects of marijuana smoked as joints and blunts. *Drug Alcohol Depend.* 2009;103(3):107-13.

6. Van der Kooy F, Pomahacova B, Verpoorte R. Cannabis smoke condensate I: the effect of different preparation methods on tetrahydrocannabinol levels. *Inhal Toxicol.* 2008;20(9):801-4.
7. Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction.* 2012;107(8):1404-17.
8. Patton GC, Coffey C., Carlin JB, Sawyer SM, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction.* 2005;100(10):1518-25.
9. Smith DS, O'Connor RJ, Wei B, Travers M, Hyland A, Goniewicz ML. Nicotine and toxicant exposure among concurrent users (co-users) of tobacco and cannabis. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(8):1354-63.
10. Charles Nicolas A. Le craving n'est pas le manque. *Le Courrier des addictions.* 1999;1(1):8-12.
11. Verheul R, van den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol.* 1999;34(2):197-222.
12. Berlin I, Singleton EG, Heishman SJ. Validity of the 12-item French version of the Tobacco Craving Questionnaire in treatment-seeking smokers. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(5):500-7.
13. Allsop DJ, Norberg MM, Copeland J, Fu S, Budney AJ. The Cannabis Withdrawal Scale development: patterns and predictors of cannabis withdrawal and distress. *Drug Alcohol Depend.* 2011;119(1-2):123-9.
14. Budney AJ, Moore BA, Vandrey RG, Hughes JR. The time course and significance of cannabis withdrawal. *J Abnorm Psychol.* 2003;112(3):393-402.
15. Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. *Presse Med.* 2012;41(12 Pt 1):1233-40.
16. Cungi C. L'alliance thérapeutique, 2006 Édition Retz, Paris (286p). ISBN : 9782725624723.
17. Schwitzer T, Gillet C, Bisch M, Di Patrizio P, Schwan R, Laprevote V. Consommations conjointes de cannabis et de tabac : connaissances cliniques et perspectives thérapeutiques. *Thérapie.* 2016 Jun;71(3):315-22.
18. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2014. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf (consulté le 3 novembre 2020).
19. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5(5):CD000146.
20. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* 2008;53(9):1217-22.
21. 22bis. 21. Murray R. L., Zhang Y. Q., Ross S., O'brien K. K., Zhu M., Leone F. T., Pavalagantharajah S., Lopes L. C., Fulone I., Kantrow S., Zhang Y. (2022): Extended Duration Treatment of Tobacco Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 19(8): 1390-1403.
22. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(5):CD006103.
23. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2016;387(10037):2507-20.
24. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4(4):CD000031.
25. Dematteis M, Pennel L. Théories neurobiologiques de l'addiction. In: Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. *Traité d'Addictologie* (2e édition). Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2016. p. 56-71.
26. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Harika-Germaneau G, Jaafari N. Sevrage tabagique : les stratégies pharmacologiques différentes des traitements standards. *Rev Pneumol Clin.* 2018;74(4):205-14.
27. 27bis. 27. Rábade-Castedo C., De Granda-Orive J. I., Riesco-Miranda J. A., De Higes-Martínez E., Ramos-Pinedo Á., Cabrera-César E., Signes-Costa Miñana J., García Rueda M., Pastor-Esplá E., Jiménez-Ruiz C. A. (2023): Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023. *Arch Bronconeumol.* 59(10): 651-661.
28. 27ter. 28. Johnson MW. Classic Psychedelics in Addiction Treatment: The Case for Psilocybin in Tobacco Smoking Cessation. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022;56:213-227. doi: 10.1007/7854_2022_327. PMID: 35704271.
29. Bonnet U, Preuss UW. The cannabis withdrawal syndrome: current insights. *Subst Abuse Rehabil.* 2017 Apr 27;8:9-37.
30. Nielsen S, Gowing L, Sabioni P, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD008940.
31. 29bis. 31. Bahji A., Meyyappan A. C., Hawken E. R., Tibbo P. G. (2021): Pharmacotherapies for cannabis use disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Drug Policy.* 97: 103295.
32. Allsop DJ, Lintzeris N, Copeland J, Dunlop A, McGregor IS. Cannabinoid replacement therapy (CRT): Nabilimols (Sativex) as a novel treatment for cannabis withdrawal. *Clin Pharmacol Ther.* 2015 Jun;97(6):571-4.
33. Werneck MA, Kortas GT, de Andrade AG, Castaldelli-Maia JM. A Systematic Review of the Efficacy of Cannabinoid Agonist Replacement Therapy for Cannabis Withdrawal Symptoms. *CNS Drugs.* 2018 Dec;32(12):1113-1129.

34. 31bis. 34. Haney M, Vallée M, Fabre S, Collins Reed S, Zanese M, Campistrone G, et al. Signaling-specific inhibition of the CB1 receptor for cannabis use disorder: phase 1 and phase 2a randomized trials. *Nat Med*. 2023 Jun;29(6):1487-1499. doi: 10.1038/s41591-023-02381-w. Epub 2023 Jun 8. PMID: 37291212; PMCID: PMC10287566.
35. Laprevote V, Schwan R, Schwitzer T, Rolland B, Thome J. Is There a Place for Off-Label Pharmacotherapy in Cannabis Use Disorder? A Review on Efficacy and Safety. *Curr Pharm Des*. 2015;21(23):3298-305.
36. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf (consulté le 3 novembre 2020).
37. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD008286.
38. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6:CD009670.
39. Dutra L, Stathopoulou G, Shawnee MA, Basden L, Teresa MA, Leyro M. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;165:179-87.
40. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, HAS 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf (consulté le 11 novembre 2020).
41. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
42. Hollands GJ, Naughton F, Farley A, Lindson N, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;8:CD009164.
43. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard N. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7:CD006936.
44. Cooper K, Chatters R, Kaltenthaler E, Wong R. Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health Technol Assess*. 2015;19(56):1-158.
45. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(5):CD005336.
46. 43bis. 46. Pouliquen M., Auriacombe M. (2022): Psychotherapeutic interventions for cannabis use disorder. What do we know and what should we do? *Encephale*. 48(1): 70-77.
47. Guichenez P, Chapelle FG. Apport des thérapies comportementales et cognitives dans le sevrage tabagique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2019;29(4):153-64.
48. Skanavi S, Laqueille X, Aubin HJ. Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie - Mindfulness based interventions for addictive disorders: A review. *L'Encéphale*. 2011;37(5):379-87.
49. Ost LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;61:105-21.
50. McClure JB, Bricker J, Mull K, Heffner JL. Comparative effectiveness of group-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2020; 22(3):354-62.
51. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD001007.
52. Guignard R, Pasquereau A, Andler R, Richard JB, Smadja O, Wilquin JL. Mois sans tabac : premiers éléments d'évaluation Rencontres de Santé publique France - Mercredi 30 mai 2018.
53. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(10):CD003999.
54. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Bauld L, Perera R, Hartmann-Boyce J. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7(7):CD004307.
55. Rodas J. D., Sorkhou M., George T. P. (2022): Contingency Management for Treatment of Cannabis Use Disorder in Co-Occurring Mental Health Disorders: A Systematic Review. *Brain Sci*. 13(1).
56. Marlatt GA, Gordon RJ. Relapse prevention. Guilford Press: New York;1985.
57. Lemyre A, Poliakova N, Bélanger RE. The Relationship Between Tobacco and Cannabis Use: A Review. *Subst Use Misuse*. 2019;54(1):130-145.
58. Herrmann ES, Cooper ZD, Bedi G, Ramesh D, Reed SC, Comer SD, et al. Varenicline and nabilone in tobacco and cannabis co-users: effects on tobacco abstinence, withdrawal and a laboratory model of cannabis relapse. *Addict Biol*. 2019 Jul;24(4):765-776.
59. Gilbert, D.G., Rabinovich, N.E. & McDaniel, J.T. Nicotine patch for cannabis withdrawal symptom relief: a randomized controlled trial. *Psychopharmacology* 237, 1507–1519 (2020).
60. Schnoll RA, Goelz PM, Veluz-Wilkins A, Blazekovic S, Powers L, Leone FT, et al. Long-term nicotine replacement therapy: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015 Apr;175(4):504-11.
61. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jul 5;296(1):64-71.

62. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, Sachs DP, Wolter TD, Buist AS, Johnston JA, White JD. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2001 Sep 18;135(6):423-33.
63. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, Wu PZ, Tsai JS, Guo FR. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health.* 2015 Jul 22;15:689.

Liens d'intérêt

Alice Deschenau : déclare des collaborations pour participation à des congrès ou symposium sur invitation avec Pfizer, Pierre Fabre, ainsi qu'un lien d'intérêt familial avec l'entreprise Verdonnet Bouchet Horticulture. L'auteur déclare que ce travail a été réalisé en toute indépendance de l'industrie du tabac et du cannabis et qu'il n'a aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique.

Marie Malécot : déclare des collaborations avec le laboratoire Pfizer pour participer à des congrès ou des colloques. L'auteur déclare que ce travail a été réalisé en toute indépendance de l'industrie du tabac et du cannabis et qu'il n'a aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, du cannabis, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique.

Michel Underner : déclare des collaborations pour participation à des congrès ou symposium sur invitation avec Pfizer, Pierre Fabre. L'auteur déclare que ce travail a été réalisé en toute indépendance de l'industrie du tabac et du cannabis et qu'il n'a aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, du cannabis, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique.

Recherche

Evolution des consommations de tabac et d'alcool en France pendant le confinement du printemps 2020. Résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP

Quatremère Guillemette^{1*}, Guignard Romain¹, Andler Raphaël¹, Sempé Sandie², Houzelle Nathalie², Nguyen-Thanh Viêt³

¹ Unité Addictions, Direction de la prévention et promotion de la santé, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice Santé publique France

² Unité Périnatalité petite enfance, Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice, France

³ Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice, France

* Correspondance : Quatremère Guillemette, Unité Addictions, Direction de la prévention et promotion de la santé, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice Santé publique France, guillemette.quatremere@santepubliquefrance.fr

Résumé : **Contexte :** L'épidémie de la Covid-19 et les mesures de confinement établies à partir de mars 2020 ont impacté les habitudes de vie et la santé mentale des Français. Leurs consommations de tabac et d'alcool ont pu s'en trouver modifiées. **Méthode :** Les consommations de tabac et d'alcool de la population adulte ont été étudiées à partir de l'analyse de 5 vagues de l'enquête quantitative en ligne CoviPrev entre avril et juin (environ 2000 individus par vague) et de l'enquête qualitative ViQuoP (60 personnes interrogées en avril puis en mai). **Résultats :** La plupart des personnes interrogées ont déclaré des consommations stables par rapport à avant le confinement mais 27% à 32% des fumeurs ont augmenté leur consommation contre 10% à 16% des buveurs, selon les vagues d'enquête. L'ennui, le stress et la recherche de plaisir sont les principales raisons déclarées, avec des différences selon le produit. Les facteurs sociodémographiques associés à une augmentation d'usage de tabac ou d'alcool diffèrent selon le produit, mais avoir une santé mentale dégradée est associée à l'augmentation pour les deux produits, en avril et mai. Entre 10% et 19% des fumeurs et 22% à 25% des buveurs ont déclaré avoir diminué leurs consommations selon les vagues d'enquête. **Discussion :** Les mesures de gestion de l'épidémie du printemps 2020 semblent avoir eu des impacts contrastés sur les consommations de tabac et d'alcool des Français. Les personnes ayant une santé mentale dégradée étaient plus enclines à augmenter leurs consommations.

Mot clés : Covid-19, SARS-Cov-2, alcool, tabac, confinement

Abstract : **Background :** The Covid-19 epidemic and the containment measures from March 2020 have impacted the lifestyles and mental health of French people. Their consumption of tobacco and alcohol may have been altered. **Method :** Tobacco and alcohol consumptions among adults were investigated based on the analysis of the CoviPrev online quantitative survey which took place between April and June (5 waves were used with about 2000 individuals per wave) and the ViQuoP qualitative survey (60 people interviewed in April then in May). **Results :** Most people declared stable consumption compared to before lockdown but 27% to 32% of smokers increased their consumption against 10% to 16% of alcohol drinkers, depending on the wave. Boredom, stress and the pursuit of pleasure are the main reasons stated, with differences according to the product. The socio-demographic factors associated with an increase in tobacco or alcohol use differ, but having a poor mental health during the lockdown is associated with the increase for both products, in April and May. Between 10% and 19% of smokers and 22% to 25% of drinkers declared they had reduced their consumption depending on the survey wave. **Discussion :** The lockdown measures during the spring 2020 appear to have had contrasting impacts on tobacco and alcohol consumption of French people, those with a poor mental health were more prone to have increased their consumption during lockdown.

Keywords: Covid-19, SARS-Cov-2, smoking, tobacco, alcohol, lockdown

Introduction

Le tabac et l'alcool sont deux déterminants majeurs de la santé [1] et sont responsables respectivement de 75 000 et 41 000 décès par an en France [2, 3]. La consommation de ces produits est très répandue et fait l'objet d'un suivi régulier avec des enquêtes comme le Baromètre de Santé publique France, enquête aléatoire et représentative de la population générale [4]. En 2020, la prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans est ainsi estimée à 25,5%, et 31,8% d'entre eux fumait au moins occasionnellement [5] ; 86,5 % de la population adulte avait consommé de l'alcool en 2017, 40,0 % au moins une fois par semaine et 23,6% dépassaient les repères de consommation à moindre risque [6, 7].

La littérature scientifique montre que les consommations de substances psychoactives, dont le tabac et l'alcool, sont associées à un état de santé mentale dégradé [8-13]. Or, la survenue de l'épidémie de la Covid-19 et les mesures de confinement qui en ont découlé à partir du 17 mars 2020 en France – allégées à partir du 11 mai 2020 – ont impacté la santé mentale de la population, augmentant le stress, l'anxiété et les états dépressifs, en particulier pour les ménages les plus précaires et les femmes [14, 15]. Le contexte de l'épidémie de Covid-19 a donc pu impacter défavorablement les consommations de tabac et d'alcool.

Par ailleurs, les restrictions de déplacement, l'expansion du travail à domicile, la fermeture des écoles, et celle de certains commerces, des lieux d'activité culturelles et sportives et des lieux de convivialité, ont profondément bouleversé les habitudes de vie lors du confinement. Dès lors, les motifs, contextes et manières de consommer ont pu évoluer. L'alcool est, en effet, très présent lors de moments et d'espaces de socialisations comme par exemple les fêtes, sorties au bar/restaurant, célébrations d'événements. Pour beaucoup de consommateurs, les motifs de consommation d'alcool déclarés sont ainsi à la fois liés au plaisir procuré par le produit lui-même (goût, détente, désinhibition, effet anxiolytique), mais aussi à son aspect social [16, 17]. Les motivations des fumeurs varient selon leur profil et niveau de consommation. Alors que pour certains la consommation de cigarettes est peu ritualisée et survient dans des situations de socialisation, pour la majorité des fumeurs, les habitudes de consommation sont très ancrées dans le quotidien. La cigarette est, elle aussi, parfois associée au plaisir, à la convivialité. Elle peut aussi répondre à une anxiété, combler un vide, être utilisée pour gérer ses émotions ou se concentrer, et est parfois liée à un sentiment d'identité et d'appartenance à un groupe [18-20]. Une dépendance physique, psychologique et comportementale peut intervenir.

Dans le cadre de ses missions de surveillance épidémiologique et de prévention autour de l'épidémie de la Covid-19, Santé publique France a mis rapidement en place les enquêtes CoviPrev et ViQuoP – la première quantitative, la seconde qualitative – afin de suivre les comportements et la santé mentale de la population métropolitaine dans ce contexte de crise sanitaire. Ces deux enquêtes ont aussi permis d'aborder les changements apparus dans les consommations de tabac et d'alcool. A partir d'une méthodologie mixte, cet article présente ainsi une analyse secondaire de ces enquêtes. Il vise à décrire les évolutions des consommations déclarées de tabac et d'alcool au cours du premier confinement (avril 2020) et du déconfinement progressif (mai et juin 2020), à identifier les facteurs associés aux évolutions de ces consommations et à explorer les changements dans les motifs de consommation.

Matériel et méthode

L'enquête quantitative CoviPrev est une enquête transversale répétée en population générale réalisée sur internet auprès d'un panel constitué par l'institut BVA, qui a accompagné l'élaboration du questionnaire et assuré le recueil des données. A partir de la semaine du 23 mars 2020 et à raison d'une vague hebdomadaire auprès d'un échantillon de 2 000 personnes, cette enquête avait pour ambition de suivre un ensemble d'indicateurs en lien avec les comportements de santé, les craintes et opinions relatives à la Covid-19 et au confinement. Les échantillons ont été constitués selon la méthode des quotas et les estimations redressées sur la structure observée dans le recensement de la population de 2016 de l'INSEE.

Recueil de données: Les consommations de tabac et d'alcool ont été mesurées en vague 2 (recueil du 30 mars au 01 avril), vague 5 (du 28 avril au 30 avril), vague 7 (du 13 mai au 15 mai), vague 8 (du 18 mai au 20 mai) et vague 11 (du 22 juin au 24 juin). Du fait des contraintes évolutives liées à la durée des entretiens, les informations recueillies diffèrent légèrement entre ces vagues.

Les fumeurs sont les personnes qui déclaraient fumer « des cigarettes, y compris des cigarettes roulées » ou « uniquement d'autres types de tabac (pipe, cigare, chicha...) » au moment de l'enquête. Les personnes qui déclaraient avoir arrêté de fumer pendant le confinement n'ont été identifiées qu'à partir de la vague 5. Elles ne sont pas incluses parmi les fumeurs ayant déclaré avoir diminué.

L'évolution des consommations de tabac a été mesurée pour les fumeurs actuels avec la question suivante : « Par rapport à avant les mesures de confinement (vagues 2 et 5) / Par rapport à février 2020 (avant les mesures de confinement mises en place, vagues 7 et suivantes), comment a évolué votre consommation de tabac ? » avec trois modalités de réponse : « elle a augmenté / elle est restée stable / elle a diminué ». Pour l'alcool, la question était : « par rapport à avant les mesures de confinement / Par rapport à février 2020 (avant les mesures de confinement mises en place), comment a évolué votre consommation de boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de bière, de vin, de cidre, d'alcool fort, de champagne ou tout autre type d'alcool même peu alcoolisé ? » avec 4 modalités de réponse : « elle a augmenté / elle est restée stable / elle a diminué / je ne consomme jamais d'alcool ». Les personnes n'ayant pas sélectionné la dernière modalité sont donc considérées comme « buveur », et celles qui ont arrêté de consommer de l'alcool au cours de la période étudiée sont incluses dans la modalité « avoir diminué ».

Les personnes ayant augmenté/diminué leur consommation ont été interrogées sur les motifs de ce changement : « pour quelle(s) raison(s) votre consommation de tabac a-t-elle augmenté (vagues 2 et 5)/diminué (vague 5) ? (plusieurs réponses possibles) ; et « pour quelle raison principale votre consommation de boissons alcoolisées a-t-elle augmenté/diminué ? » (une seule réponse possible). Des modalités de réponses fermées étaient proposées : elles sont décrites dans la partie Résultats de l'article.

Les variables sociodémographiques suivantes ont été recueillies : sexe, âge, diplôme le plus élevé obtenu, situation financière perçue, conditions de travail (télétravail, inchangées...), être parent d'enfant(s) de moins de 16 ans, vivre seul ou à plusieurs. L'anxiété et la dépression ont été mesurées à partir de l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [21].

Analyse: Les vagues d'enquête ont été regroupées par mois. Les différences entre les évolutions des consommations déclarées ont été testées statistiquement au moyen du test du Chi² de Pearson entre les vagues d'avril (vagues 2 et 5) et celles de mai (vagues 7 et 8), et entre les vagues de mai (vagues 7 et 8) et de juin (vague 11). Les différences d'évolution entre les vagues d'avril et de juin n'ont pas été analysées car certains échantillons n'étaient pas indépendants (n=143 répondants communs aux vagues 2 et 11, n=206 répondants communs aux vagues 5 et 11).

Les évolutions déclarées de la consommation de tabac (augmentation / stabilité / diminution) ont été estimées pour chaque vague parmi les personnes déclarant fumer au moment de leur interrogation.

Des régressions multinomiales ont été réalisées pour identifier les facteurs associés à l'augmentation et à la diminution des consommations de tabac et d'alcool par rapport au fait de déclarer une consommation stable, pour les vagues d'avril et de mai. Les analyses ont été réalisées séparément pour chacune des deux périodes, les contextes sociaux et sanitaires différents (confinement dur et déconfinement progressif) pouvant avoir des effets différenciés sur les comportements selon les profils. La vague de juin n'a pas été incluse dans l'analyse en raison de son effectif plus faible. Les variables introduites dans le modèle étaient toutes significatives en analyse bivariée à au moins l'une des vagues étudiées.

2.1. L'enquête qualitative ViQuoP

L'enquête qualitative ViQuoP (pour Vie Quotidienne et Prévention) a reposé sur l'interrogation régulière à l'écrit de 60 internautes âgés de 19 ans à 73 ans sur différentes thématiques de santé via une plateforme d'échange en ligne animée par l'institut Kantar Public. Le panel a été constitué de manière à assurer une diversité de situations socioéconomiques (sexe, âge, CSP, présence d'enfants dans le foyer, lieux de vie – urbain/rural, espace extérieur au logement de type jardin/balcon ou non, région parisienne ou non). L'étude a duré 3 mois avec un démarrage le 30 mars 2020. Les personnes ont ainsi répondu à 18 sollicitations concernant leur vécu en période de crise (santé mentale, alimentation, activité physique, consommation de produits psychoactifs, relations affectives et sexuelles, liens sociaux et relations sociales), leurs pratiques de prévention vis-à-vis de la Covid-19 (pratiques de lavage de main, adoption des gestes barrières, isolement et dépistage) et leurs avis concernant des supports de communication de prévention produits par Santé publique France. Les participants ont été dédommagés à hauteur de 250 euros pour l'ensemble de l'enquête.

Recueil de données: Les internautes ont été interrogés deux fois concernant leur consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis). Lors de la quatrième semaine de confinement (7-8 avril), les questions ont porté sur leur perception de l'évolution de leur consommation de produits psychoactifs et les raisons de cette évolution. Des questions sur la santé psychique ont également été posées lors de cette sollicitation. Deux semaines après le début du déconfinement (20-25 mai), les personnes ont à nouveau été sollicitées concernant l'évolution de leur consommation de produits mais également concernant leur opinion sur une campagne d'incitation à l'arrêt du tabac. Les questions étaient ouvertes et les personnes étaient invitées à y répondre à l'écrit de manière individuelle, les autres participants n'ayant pas accès à leur réponse. La description de l'échantillon et la formulation des questions sont présentées dans un document dédié [22].

Analyse: Une première lecture croisée des réponses a été réalisée à l'issue des sollicitations par les psychosociologues de Kantar Public. L'identification de catégories thématiques [23] a permis de produire une première analyse pour chaque sollicitation. Le corpus des deux sollicitations a été ensuite compilé et analysé à nouveau, dans l'objectif d'une double vérification mais aussi pour adopter une perspective plus longitudinale. L'identification des individus était rendue possible par l'utilisation de pseudonymes par les participants, assurant ainsi leur anonymat.

Les évolutions des consommations

Environ une personne sur cinq se déclarait fumeuse au moment de l'interrogation dans l'enquête CoviPrev (21% en avril, 20% en mai, 22% en juin). Environ sept personnes sur 10 déclaraient consommer de l'alcool (68% en avril, 70% en mai et 72% en juin) quelle que soit la fréquence, un peu moins d'un tiers déclarant ainsi ne jamais consommer d'alcool.

3.1. Evolution des consommations de tabac

La part de fumeurs ayant déclaré une augmentation de leur consommation de tabac par rapport à avant le confinement ne change pas significativement en fonction des mois : entre 27% et 32% des fumeurs ont déclaré avoir augmenté leur consommation en fonction des périodes d'enquête (tableau I). On constate que la part de fumeurs déclarant avoir diminué leur consommation de tabac se réduit, elle, à partir du début du déconfinement : 17% des fumeurs ont déclaré avoir diminué en avril contre 12% en mai ($p=0,02$), sans évolution significative ensuite (10% en juin). La part de fumeurs ayant une consommation identique à celle d'avant le confinement est stable entre les différentes périodes.

3.2. Evolution des consommations d'alcool

La part des buveurs ayant déclaré une augmentation de leur consommation d'alcool est stable entre avril (13%) et mai (13%), puis diminue légèrement en juin (10%, $p<0,001$). On remarque néanmoins une

augmentation au cours de la période de confinement, entre les deux vagues d'avril, avec une proportion plus élevée de personnes ayant déclaré avoir augmenté leur consommation fin avril par rapport à début avril (16% vs 11%, $p < 0,001$). La proportion de ceux qui ont déclaré une consommation identique à avant le confinement augmente avec le déconfinement progressif : 68% en juin vs 63% en mai ($p < 0,001$) et 62% en avril. Un peu moins d'un quart des personnes ont déclaré avoir diminué leur consommation par rapport à avant le confinement en avril (25%) et en mai (24%) et environ un sur cinq en juin (22%).

3.1. Des comportements contrastés et des évolutions restituées par les personnes interrogées dans l'enquête ViQuoP

Ces tendances résonnent avec les témoignages des personnes interrogées dans l'enquête qualitative ViQuoP, incluant 25 fumeurs et 40 buveurs d'alcool. Deux comportements sont rapportés dès la première sollicitation le 7 avril 2020 : des personnes ont déclaré avoir un contrôle de leurs consommations (stabilité, diminution voire arrêt de la consommation d'un produit) quand d'autres ont augmenté leur consommation d'au moins un produit, de manière plus ou moins maîtrisée. Des modifications dans la manière de consommer sont également rapportées : type d'alcool consommé, fréquence parfois plus élevée mais une quantité au global rapportée comme moins élevée par exemple. Interrogées à nouveau mi-mai 2020, certaines personnes ayant augmenté leur consommation identifient des phases : les premières semaines du confinement sont marquées par cette augmentation, puis un ralentissement et une régulation des consommations s'installent au bout de quelques semaines pour celles qui ont essayé et réussi à reprendre le contrôle.

« J'avais constaté une augmentation de tabac au début du confinement. J'ai pris des mesures drastiques sur ce problème et j'ai pu contrôler ma consommation de tabac rapidement. Je pense que ce phénomène était dû au stress de tourner en rond dans la maison. [...] Après le confinement, je ne ressens pas le besoin de consommer plus de tabac. »
Homme, >60 ans, CSP Plus, Province, Vit seul

Lors des premiers jours du déconfinement, les personnes interrogées n'ont pas rapporté une augmentation importante de leurs consommations, notamment car le respect de la distanciation physique a fortement limité les réunions amicales ou familiales et donc les occasions de consommation liées à la convivialité. Pour quelques personnes néanmoins, la levée du confinement a entraîné des contextes de célébrations qui ont engendré une augmentation de la consommation d'alcool (plus rarement pour le tabac). Après quelques jours de déconfinement, un retour quasi à « la normale » est rapporté – notamment chez ceux qui ont repris une activité professionnelle hors du domicile ou sont revenus dans leur logement habituel. Ce retour à la normale se traduit par des consommations à la hausse ou à la baisse selon les habitudes de consommation antérieures au confinement et celles prises lors de ce dernier.

Les motifs des évolutions des consommations

Lors de la sollicitation du 7 avril 2020 de l'enquête ViQuoP, les personnes qui ont augmenté leur consommation de tabac ou d'alcool évoquent le besoin de compenser l'ennui parfois dû à une inactivité professionnelle. L'apéritif est devenu, pour certains, un moment de sociabilité renforcé. Or, indépendamment de la situation de confinement, l'apéritif est très souvent associé à l'alcool. Par conséquent, les apéritifs à distance et au sein du foyer ont constitué une nouvelle forme autour de cette occasion de consommer de l'alcool.

« [En période de confinement], pour l'alcool, le tabac, et le cannabis, ma consommation a augmenté. Je fume beaucoup plus de tabac car je m'ennuie, même chose pour le cannabis ; et concernant l'alcool, j'organise des visios avec mes amis presque tous les soirs (avec différents groupes) donc on boit un coup ensemble, alors qu'en temps normal, je ne sors pas tous les soirs dans un bar... » Homme, 21 ans, CSP moins, vivant avec plusieurs adultes en province (péri-urbain, sans aménagement extérieur).



Période de recueil de données et vagues d'enquête	Confinement avril								Déconfinement progressif mai et juin								Comparaisons des vagues		
	Vagues d'avril (V2 et V5) N=4003			V2 30 mars - 1 ^{er} avril		V5 28 avril - 30 avril		Vagues de mai (V7 et V8) N=4000			V7 13 mai-15 mai		V8 18 mai - 20 mai		Vague de juin (V11) 22 juin - 24 juin N=2000			Vavril / Vmai	Vmai / Vjuin
Tabac (parmi les fumeurs actuels)	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC		
Augmentation	240	29,2	[26,2-32,5]	112	26,7	128	31,9	249	31,7	[28,4-35,1]	119	31,3	130	32,0	118	28,0	[23,8-32,5]		
Stabilité	442	54,3	[50,7-57,7]	231	54,7	211	53,8	442	56,7	[53,1-60,3]	217	58,0	225	55,5	273	62,2	[57,4-66,7]		
Diminution	135	16,5	[14,1-19,2]	79	18,6	56	14,3	91	11,6	[9,4-14,1]	43	10,7	48	12,4	43	9,8	[7,3-13,0]		
Total	817			422		395		782			379		403		434				
Arrêt du tabac pendant le confinement				-		23		43			23		20		34				
				V2/V5 : p<0,001							V7/V8 : ns				V7/V11 : p<0 ,001 V8/V11 : p=0,02			p=ns	p<0,001
Alcool (parmi les buveurs)	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC		
Augmentation	354	13,3	[12,0-14,7]	143	10,7	211	15,9	369	13,2	[11,9-14,5]	185	13,6	184	12,8	145	10,2	[8,6-11,8]		
Stabilité	1686	61,8	[59,9-63,6]	878	64,8	808	58,9	1759	62,7	[60,8-64,4]	849	61,6	910	63,7	980	68,3	[65,8-70,7]		
Diminution	668	24,9	[23,2-26,5]	323	24,4	345	25,3	672	24,1	[22,5-25,8]	336	24,8	336	23,5	306	21,5	[19,4-23,7]		
Total	2708			1344		1364		2800			1370		1430		1431				

Tableau I : évolution des consommations déclarées de tabac et d'alcool au cours des cinq vagues d'avril à juin 2020.

Le stress et l'anxiété produits par la situation sanitaire et sociale, par sa très forte couverture médiatique, mais aussi la frustration générée par les contraintes sont des raisons évoquées pour expliquer l'augmentation de leurs consommations. Il s'agit parfois de s'autoriser quelque plaisir lors de cette situation exceptionnelle et difficile.

« Pour l'alcool j'en avais rarement chez moi, car je le consommais de façon festive à l'extérieur de chez moi. Et la cigarette j'avais totalement arrêté. [...] Je suis obligée d'acheter de l'alcool et d'en avoir chez moi. Et j'ai repris la cigarette alors que j'avais arrêté depuis presque 3 mois. J'ai décidé de ne pas réduire car la situation est déjà très pénible au quotidien. C'est un peu pesant comme situation et l'alcool permet de se détacher un peu du quotidien. Et la cigarette un moment de détente supplémentaire. Et étant déjà privé de notre liberté de mouvement cela viendrait s'ajouter aux restrictions de libertés. Et je n'ai pas envie. » Femme, 43 ans, CSP Plus, Province, Vit avec son fils jeune adulte

« J'ai tendance à fumer un peu plus. Cela est généré par le fait que l'on s'ennuie plus sans activité et surtout au vu de la situation actuelle qui paraît compliquée. Quoique que l'on dise, les médias commentent des chiffres ahurissants concernant les malades et surtout les mortalités qui ne cessent d'augmenter chaque jour. Cela provoque inévitablement une situation de stress permanent. » Homme, 61 ans, CSP Plus, Province, Vit seul

Le télétravail a été évoqué comme une situation pouvant favoriser les consommations, en augmentant le stress dû au rythme de travail et rendant possible une consommation devant l'écran.

Pour les personnes qui ont diminué ou stabilisé leurs consommations, trois attitudes sont relevées. D'abord des personnes rapportent que la situation a eu peu d'impact sur leur moral et leur mode de vie (maintien d'une activité professionnelle à l'extérieur ou personnes âgées par exemple), et qu'elles ont, par conséquent, assez peu modifié leurs consommations qui étaient souvent assez faibles. D'autres ont exprimé une volonté de limiter leurs consommations, de « se discipliner » car la période a été rapidement identifiée comme à risque concernant ces consommations. Enfin, pour d'autres encore, ce sont les contraintes du confinement qui ont encouragé la diminution des consommations voire produit un effet d'aubaine, plutôt parmi les plus petits consommateurs.

Ainsi, les habitudes de consommation à l'intérieur du domicile ont parfois été conservées. La présence de non-fumeurs et d'enfants au domicile a pu limiter la consommation de tabac car celle-ci était alors uniquement possible à l'extérieur pour éviter le tabagisme passif. De même, les personnes ayant des consommations d'alcool au domicile inexistantes habituellement ont peu modifié cette habitude. Les consommations antérieures centrées principalement sur un contexte social de sorties (bars, restaurants) rendues impossibles, n'ont ainsi pas toujours été compensées par de nouvelles formes de consommation au domicile, que cela soit pour les consommations d'alcool ou pour la cigarette « sociale ». Enfin, de manière plus minoritaire, des difficultés d'approvisionnement (horaires, crainte de contamination) sont rapportées, certains ne cherchant alors pas à se réapprovisionner.

Les résultats des vagues d'avril de l'enquête CoviPrev (tableau II) confirment et hiérarchisent les raisons des évolutions présentées ci-dessus. Ils montrent ainsi que parmi les fumeurs qui ont augmenté leur consommation de tabac en avril (vagues 2 et 5), les raisons principales déclarées étaient l'ennui et le manque d'activité (74%), le stress (52%), puis des difficultés d'approvisionnement en outils d'aide à l'arrêt du tabac (13%), le plaisir (12%) ou encore d'autres raisons (10%) pouvant inclure par exemple les conditions de télétravail. Pour l'alcool les raisons étaient d'abord le plaisir (49%) et l'ennui (30%), le stress étant un motif déclaré de manière beaucoup plus minoritaire (13%). Aucune évolution significative n'a été observée entre les deux vagues d'avril.

Les raisons principales de la baisse des consommations en vague 5 de l'enquête différaient également selon les produits (tableau II). Pour le tabac, parmi ceux qui ont diminué ou arrêté de fumer pendant le confinement,

les motifs sanitaires étaient souvent avancés : pour sa santé (41%), sa condition physique (25%), ou encore pour la santé des autres personnes dans le foyer (16%). En outre, la période et ses restrictions apparaissent pour certains comme une opportunité volontaire ou une contrainte pour diminuer ou arrêter de fumer : 43% des fumeurs ont ainsi déclaré que c'était un bon moment pour eux et 31% ont indiqué que la baisse des moments de convivialité était une raison pour diminuer leur consommation de tabac. Enfin, les habitudes de non-consommation au domicile étaient évoquées par 38% des fumeurs. Concernant l'alcool, les trois quarts indiquaient que c'est l'absence des activités sociales qui a impacté leur consommation (75%). Les habitudes de consommations au domicile (23%) et des raisons de santé (18%) sont également évoquées.

Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution des consommations de tabac et d'alcool

Les facteurs associés (tableau III) à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité des consommations évoluent selon les vagues d'enquêtes. Ainsi, en période de confinement en avril, parmi les fumeurs, être une femme, avoir un diplôme supérieur au baccalauréat, être inactif ou au chômage, ou encore travailler au domicile (par rapport à une activité à l'extérieur du domicile), ainsi qu'avoir un état anxieux ou dépressif élevé sont indépendamment associés à une augmentation du tabagisme ; alors qu'être âgé de 65 ans et plus apparaît protecteur. En mai, seul le fait d'avoir une santé mentale dégradée demeure associé à une augmentation de la consommation de tabac et le fait d'être âgé de 65 ans et plus demeure protecteur.

Concernant la diminution du tabac, en avril, avoir un diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat est également associé à une diminution du tabagisme, mais aucun facteur n'est associé significativement à la diminution en mai.

Raisons déclarées d'augmentation ¹ des consommations de tabac et d'alcool en avril (vagues 2 et 5)	Tabac n=240		Alcool n=354	
	n	%	n	%
Le stress	127	52,5	48	13,1
L'ennui, manque d'activité	176	73,7	107	30,2
Pour le plaisir	29	12,3	173	48,9
Difficulté pour s'approvisionner ² en outils d'aide à l'arrêt du tabac (traitement de substitution nicotinique, e-cigarette) ou de suivi psychologique	30	12,6	-	-
Pour une autre raison	23	9,7	26	7,8

Raisons déclarées de diminution ou arrêt des consommations de tabac ³ et d'alcool en vague 5	Tabac n=79		Alcool n=345	
	n	%	n	%
J'évite de fumer / boire chez moi	30	37,8	78	23,3
Pour la santé des personnes qui vivent avec moi	12	15,9	-	-
Pour ma santé	34	41,4	63	18,1
C'est un bon moment pour moins ou arrêter de fumer / boire	33	42,6	38	11,2
Je suis moins stressé que d'habitude	11	14,1	15	4,6
J'ai des difficultés pour me procurer des cigarettes ou du tabac / boissons alcoolisées	18	22,9	12	3,9
Moins de moments de convivialité ou festifs, d'occasions de fumer/boire avec des amis ou collègues	26	31,5	261	75,4
Pour avoir ou retrouver une bonne condition physique	19	25,1	42	12,4
Pour une autre raison	9	11,0	22	6,6

Tableau II: raisons déclarées de l'augmentation (pour les vagues 2 et 5) et de la diminution ou l'arrêt (pour la vague 5) des consommations de tabac et d'alcool

¹ respectivement parmi les fumeurs et buveurs qui ont déclaré une augmentation en vague 2 ou 5

² regroupe les modalités : « Je suis un traitement de substitution (patches, gommages...) ou un autre traitement médicamenteux (Champix, Zyban) que j'ai dû interrompre », « J'utilise une cigarette électronique et je n'ai plus de liquide pour la recharger ou elle est en panne » et « J'étais accompagné psychologiquement et je n'en ai plus la possibilité »

³ parmi ceux qui ont diminué et ceux qui ont arrêté de fumer lors du confinement

Le total des colonnes est supérieur à 100 % car plusieurs réponses étaient parfois possibles



Vague avril (V2 et V5) n=817										Vague mai (V7 et V8) n=782											
Augmentation					Diminution					Augmentation					Diminution						
	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	
Sexe		0,002										0,009									
Homme (ref.)	394		23,8	1			16,1	1			350		26,2	1			13,0	1			
Femme	423		34,6	1,62	[1,15-2,27]	0,005	16,9	1,16	[0,78-1,72]	0,459	432		36,6	1,41	[0,99-2,01]	0,051	10,3	0,82	[0,50-1,33]	0,435	
Age		0,027										0,010									
18-34 ans (ref.)	219		35,0	1			16,1	1			219		36,0	1			11,0	1			
35-49 ans	273		31,8	0,95	[0,62-1,46]	0,835	17,5	1,08	[0,64-,83]	0,757	250		33,0	0,88	[0,57-1,36]	0,588	8,5	0,63	[0,32-1,23]	0,180	
50-64 ans	241		23,3	0,67	[0,42-1,07]	0,096	14,8	0,85	[0,48-,48]	0,571	223		31,5	1,02	[0,64-1,61]	0,926	13,0	0,99	[0,52-1,87]	0,981	
65 ans et plus	84		20,0	0,50	[0,25-0,99]	0,047	19,3	0,83	[0,40-,73]	0,630	90		15,0	0,43	[0,21-0,88]	0,022	19,0	0,94	[0,43-2,07]	0,889	
Conditions de travail		0,026										ns									
Actifs à l'extérieur du domicile (ref.)	195		22,2	1			15,7	1			291		32,3	1			9,2	1			
Inactifs, chômeurs, chômage partiel, arrêt de travail	501		29,7	1,55	[1,01-2,40]	0,046	16,9	1,31	[0,80-2,15]	0,271	391		30,7	1,11	[0,76-1,63]	0,571	13,4	1,43	[0,82-2,49]	0,199	
Actifs en télétravail	121		38,6	2,25	[1,28-3,94]	0,004	16,1	1,17	[0,59-2,31]	0,641	100		34,0	1,01	[0,59-1,74]	0,947	11,3	1,25	[0,57-2,73]	0,573	
Parent d'enfant de 16 ans ou moins		ns										0,015									
Non (ref.)	532		27,0	1			17,1	1			512		28,8	1			13,6	1			
Oui	285		33,4	1,05	[0,72-1,55]	0,771	15,4	0,94	[0,59-1,50]	0,812	270		37,0	1,16	[0,80-1,68]	0,405	7,9	0,75	[0,42-1,34]	0,345	

Diplôme	0,002										ns							
<Bac (ref.)	307	27,4	1			11,8	1			283	32,6	1			11,4	1		
Bac	215	24,7	1,09	[0,70-1,69]	0,693	20,9	1,93	[1,16-3,22]	0,011	209	30,6	0,82	[0,53-1,26]	0,382	9,5	0,84	[0,45-1,57]	0,596
>Bac	295	34,6	1,67	[1,11-2,50]	0,013	18,3	1,99	[1,21-3,30]	0,007	290	31,6	0,94	[0,62-1,42]	0,782	13,4	1,17	[0,68-2,03]	0,562
Anxiété (HAD)	<0,001										<0,001							
Absence d'anxiété (ref.)	428	20,9	1			18,6	1			435	21,7	1			12,7	1		
Anxiété probable	188	33,2	1,56	[1,01-2,40]	0,041	13,1	0,79	[0,46-1,35]	0,399	169	33,0	1,64	[1,07-2,50]	0,021	13,0	1,41	[0,80-2,48]	0,228
Anxiété certaine	201	43,0	2,19	[1,38-3,47]	0,001	15,4	1,25	[0,70-2,22]	0,439	178	55,1	2,82	[1,81-4,39]	<0,001	7,3	1,13	[0,54-2,34]	0,742
Dépression (HAD)	<0,001										<0,001							
Absence de dépression (ref.)	413	21,2	1			18,5	1			500	23,0	1			12,9	1		
Dépression probable	208	35,1	1,40	[0,91-2,16]	0,122	14,6	0,91	[0,53-1,54]	0,738	158	43,4	1,79	[1,17-2,73]	0,007	11,6	1,11	[0,60-2,06]	0,716
Dépression certaine	196	39,8	1,77	[1,11-2,82]	0,015	16,5	1,04	[0,59-1,85]	0,875	124	51,1	1,89	[1,17-3,08]	0,009	6,2	0,69	[0,29-1,64]	0,408

Tableau III : Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité : analyse bivariée (pourcentages en ligne) et résultats de régressions logistiques multinomiales en avril et en mai

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale ; aRRR ratio de risques relatifs ajusté ; IC : intervalle de confiance à 95% ; ref. : modalité de référence de la régression logistique multinomiale ; p-value Chi-2 : p-value de l'analyse bivariée entre l'évolution de la consommation (stable, augmentation, diminution) et les variables sociodémographiques ou de santé mentale.

¹ p-value : p-value du ratio du risque relatif

Concernant la consommation d'alcool (tableau IV), les facteurs associés à une augmentation diffèrent aussi selon les vagues d'enquêtes. En avril, être âgé de moins de 35 ans, vivre dans une grande agglomération, être parent d'un enfant de 16 ans ou moins, ainsi qu'un état d'anxiété et de dépression élevés étaient associés à une augmentation de la consommation d'alcool par rapport au fait de déclarer une consommation stable. Se déclarer « juste » financièrement était associé à une moindre augmentation. En mai, l'âge apparaît également protecteur (avoir 50 ans et plus), alors qu'un état de santé mentale dégradé (anxiété et dépression élevées) était associé à l'augmentation de la consommation d'alcool.



Les facteurs associés à la diminution de la consommation d'alcool en avril sont le fait d'être âgé de moins de 35 ans, d'être inactif ou au chômage pendant cette période, de vivre seul et de vivre dans une grande agglomération. En mai, seul l'âge demeure associé à une diminution mais le fait de déclarer un état dépressif apparaît comme protecteur.

	Vague avril (V2 et V5) N=2708										Vague mai (V7 et V8) N=2800									
	Augmentation					Diminution					Augmentation					Diminution				
	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹
Sexe	ns										<0,001									
Homme (ref.)	1449		12,5	1			24,6	1			1445		11,4	1			22,8	1		
Femme	1259		14,3	0,97	[0,76-1,24]	0,818	25,2	0,924	[0,76-1,11]	0,413	1355		15,2	1,01	[0,79-1,29]	0,927	25,7	0,96	[0,79-1,16]	0,718
Age	<0,001										<0,001									
18-34 ans (ref.)	570		18,9	1			34,8				542		19,2	1			32,5	1		
35-49 ans	716		18,8	0,7	[0,51-0,98]	0,032	20,4	0,46	[0,38-0,67]	<0,001	712		18,5	0,78		0,133	21,2	0,58	[0,43-0,77]	0,001
50-64 ans	721		10,2	0,46	[0,31-0,66]	<0,001	24,3	0,47	[0,42-0,73]	<0,001	779		10,9	0,50		<0,001	23,3	0,53	[0,40-0,70]	<0,001
65 ans et plus	701		5,9	0,23	0,13-0,33]	<0,001	20,9	0,30	[0,28-0,54]	<0,001	767		5,5	0,21		<0,001	20,8	0,38	[0,28-0,52]	<0,001
Taille d'agglomération	0,001										0,016									
<100 000 habitants (ref.)	1454		12,3	1			22,7				1489		12,5	1			22,4	1		
>=100,000 habitants	1254		14,5	1,31	[1,0-1,65]	0,029	27,4	1,31	[1,04-1,53]	0,005	1311		14,0	1,1	[0,87-1,40]	0,850	26,2	1,17	[0,97-1,41]	0,087
Conditions de travail	<0,001										<0,001									
Actifs en télétravail (ref.)	452		18,1	1			23,7	1,25	[0,9-1,72]	0,163	424		18,3	1			26,2	1		
Actifs à l'extérieur du domicile	567		14,7	1,32	[0,96-1,81]	0,082	20,9	1			919		14,7	1,25	[0,92-1,68]	0,142	22,5	1,26	[0,98-1,61]	0,061



Inactifs, chômeurs, chômeurs partiel, arrêt travail	1689	11,6	1,35	[0,93-1,96]	0,104	26,5	1,63	[1,26-2,12]	<0,001	1457	10,8	1,34	[0,96-1,87]	0,082	24,6	1,2	[0,90-1,60]	0,212
Diplôme		0,046								0,041								
<Bac (ref.)	713	10,8	1			23,2	1			751	10,1	1			23,4	1		
Bac	672	13,3	1,23	[0,86-1,76]	0,242	26,7	1,09	[0,84-1,42]	0,487	611	14,3	1,23	[0,86-1,76]	0,239	23,7	1,01	[0,77-1,32]	0,925
>Bac	1323	14,8	1,34	[0,97-1,85]	0,070	24,8	1,07	[0,84-1,36]	0,536	1438	14,4	1,36	[0,99-1,87]	0,055	24,8	1,07	[0,84-1,35]	0,553
Vit seul		0,009								0,043								
Non (ref.)	2115	13,7	1			23,5	1			2178	13,6	1			23,1	1		
Oui	593	12,1	1,26	[0,91-1,74]	0,150	29,7	1,31	[1,05-1,65]	0,017	622	11,8	1,01	[0,73-1,36]	0,985	27,9	1,22	[0,98-1,53]	0,072
Parent d'enfant de 16 ans ou moins		<0,001								<0,001								
Non (ref.)	1953	10,4	1			26,3	1			2067	11,0	1			25,1	1		
Oui	755	20,8	1,54	[1,11-2,1]	0,006	21,1	0,88	[0,68-1,13]	0,335	733	19,3	1,16	[0,87-1,56]	0,299	21,5	0,85	[0,66-1,09]	0,209
Situation financière perçue		0,019								0,009								
Bonne situation financière (ref.)	1581	13,3	1			23,6	1			1616	11,9	1			23,4	1		
C'est juste	683	12,0	0,66	[0,48-0,89]	0,007	24,6	0,95	[0,76-1,20]	0,713	752	14,0	1,04	[0,78-1,38]	0,754	23,5	0,93	[0,75-1,17]	0,575
Situation financière très difficile	444	15,5	0,89	[0,63-1,27]	0,525	29,7	1,27	[0,97-1,66]	0,079	432	16,7	1,08	[0,77-1,52]	0,635	27,8	1,12	[0,85-1,46]	0,411
Anxiété (HAD)		<0,001								<0,001								
Absence d'anxiété (ref.)	1660	9,8	1			25,5	1			1830	10,4	1			23,4	1		
Anxiété probable	549	16,0	1,44	[1,02-1,93]	0,023	26,1	0,99	[0,77-1,27]	0,713	529	15,4	1,23	[0,90-1,68]	0,183	24,6	1,01	[0,79-1,29]	0,911
Anxiété certaine	499	21,9	1,63	[1,13-2,25]	0,005	21,3	0,80	[0,59-1,07]	0,140	441	22,4	1,68	[1,19-2,36]	0,003	26,4	1,05	[0,78-1,41]	0,736

Dépression (HAD)		<0,001						<0,001										
Absence de dépression (ref.)	1626	9,7	1			24,0	1			1975	10,3	1			22,3	1		
Dépression probable	606	17,0	1,59	[1,19-2,21]	0,003	28,0	1,25	[0,99-1,59]	0,058	495	18,8	1,75	[1,28-2,39]	<0,001	28,8	1,51	[1,17-1,95]	0,001
Dépression certaine	476	21,1	1,87	[1,39-2,81]	<0,001	23,7	1,12	[0,84-1,51]	0,418	330	22,4	2,02	[1,40-2,91]	<0,001	28,0	1,56	[1,13-2,13]	0,006

Tableau III : Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité : analyse bivariée (pourcentages en ligne) et résultats de régressions logistiques multinomiales en avril et en mai

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale ; aRRR ratio de risques relatifs ajusté ; IC : intervalle de confiance à 95% ; ref. : modalité de référence de la régression logistique multinomiale ; p-value Chi-2 : p-value de l'analyse bivariée entre l'évolution de la consommation (stable, augmentation, diminution) et les variables sociodémographiques ou de santé mentale.

¹ p-value : p-value du ratio du risque relatif

DISCUSSION

L'analyse des études CoviPrev et ViQuoP confirme que la période du confinement de mars-avril 2020 puis celle du début du déconfinement progressif à partir du 11 mai 2020 ont pu limiter les consommations de tabac et d'alcool pour certains et, au contraire, les favoriser pour d'autres. **Les augmentations des consommations de tabac et d'alcool** en fonction des périodes étudiées concernent entre un quart et un tiers des fumeurs, et un dixième des buveurs. L'ennui et le stress pour les fumeurs, l'ennui et la recherche de plaisir pour les buveurs, sont les principales raisons déclarées pour expliquer ces évolutions à la hausse pendant la période de confinement strict. Les augmentations étaient plus fréquentes pour certains profils, comme les femmes pour le tabac (en avril) et les jeunes pour l'alcool, ainsi que les personnes ayant une santé mentale dégradée (anxiété et dépression) quelle que soit la période et pour les deux produits.

Des études à l'étranger retrouvent ces profils plus à risque et le lien fort entre la santé mentale et l'augmentation de la consommation de tabac [24, 25] et celle d'alcool [26-28] pendant le confinement. Les motifs d'augmentation rapportés apparaissent assez similaires [24, 29]. Par ailleurs, de nombreuses études soulignent l'existence de liens entre la situation économique, la santé mentale et les consommations de substances psychoactives [8-14, 30-32]. Or, la crise sanitaire a eu des impacts sur la situation financière pour un quart de la population en France dès mai, affectant principalement les personnes dont le niveau de vie initial était déjà bas, celles avec enfants, et les jeunes [33]. Dans l'enquête française Coclico, les femmes et les personnes ayant une situation financière dégradée étaient particulièrement à risque de détresse psychologique pendant le premier confinement [15]. Les effets économiques de la crise et le stress liés à l'épidémie elle-même, pourraient donc expliquer ces profils plus vulnérables à l'augmentation des consommations.

Les résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP suggèrent que les personnes dont les habitudes de vie ont été fortement modifiées ont plus fréquemment augmenté leur consommation de tabac ou d'alcool en avril. Il peut s'agir des conditions de travail, notamment pour les personnes plus favorisées socialement et les jeunes : le télétravail pouvant faciliter le tabagisme sur le « lieu de travail » ou l'inactivité engendrant de l'ennui. Il peut aussi s'agir des conditions de vie : présence d'enfant(s) de moins de 16 ans majoritairement gardé(s) au domicile en raison de la fermeture des écoles, ou des urbains ayant possiblement moins d'espaces extérieurs.

L'étude Epicov [34] indique que le télétravail a été massif pendant le confinement pour les cadres mais beaucoup plus limité pour les ouvriers et les personnes ayant une activité dite « essentielle » qui ont poursuivi une activité à l'extérieur du domicile. Les jeunes et les plus précaires ont été plus concernés par le chômage technique ou partiel. Par ailleurs, une autre étude française auprès de salariés, menée plus tardivement, en septembre 2020, indique que la raison principale déclarée de l'augmentation des consommations de substances psychoactives étaient les conditions de travail (isolement par rapport aux collègues de travail, charge de travail, évolutions du travail) [35]. Dans l'enquête Coclico, les personnes bénéficiant d'un faible soutien social et celles confinées dans des logements sur-occupés étaient identifiées comme particulièrement à risque de détresse psychologique [15]. Le quotidien de certains publics a donc été particulièrement perturbé,



favorisant les consommations de tabac et d'alcool pendant la période de confinement. En mai, l'assouplissement des contraintes avec la réouverture progressive des écoles, la possibilité de se déplacer et la reprise d'une certaine partie des activités en entreprise, pourraient expliquer que ces facteurs ne soient plus associés à une augmentation des consommations à partir du début du déconfinement.

Les analyses indiquent également une stabilité des consommations pour une majorité de personnes interrogées, voire des comportements plus favorables à la santé pour certains pendant cette période, principalement pour l'alcool : de 22% à 25% des buveurs en fonction des vagues et de 10% à 19% des fumeurs déclaraient avoir diminué leur consommation. Cela a pu être par volonté de les maîtriser pour des questions de santé et bien-être, surtout observé dans le cas du tabac, ou en raison des contraintes extérieures qui ont modifié les habitudes de consommation, surtout observé pour l'alcool. Ces constats sont cohérents avec ceux faits à l'étranger [24, 28]. Des études soulignent une augmentation de la motivation et des tentatives d'arrêt du tabac en raison de la crainte de développer une forme grave de la Covid-19 [36-38].

Certains profils sont toutefois associés à une augmentation comme à une diminution des consommations, suggérant des comportements hétérogènes au sein de mêmes segments de la population. Ainsi, les plus jeunes ont à la fois plus souvent augmenté mais aussi plus souvent diminué leur consommation d'alcool en avril. On observe le même phénomène pour les fumeurs les plus diplômés en avril, les personnes vivant dans une grande agglomération pour l'alcool en avril et les personnes ayant un niveau de dépression élevé pour l'alcool en mai. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse d'un effet différencié de l'épidémie et du confinement sur les comportements en fonction des habitudes de vie, des habitudes de consommation et de l'impact de la crise sur la vie personnelle [24, 39].

Les évolutions entre les 3 mois d'enquête sont assez limitées, avec néanmoins une tendance à une baisse de la proportion de personnes déclarant diminuer leur consommation de tabac à partir de mai, et une baisse de celles déclarant augmenter leur consommation d'alcool à partir de juin, qui pourrait indiquer une reprise de la consommation habituelle à partir du déconfinement. En juin, période pendant laquelle les restrictions étaient très réduites, une part non négligeable de fumeurs et buveurs (respectivement 28% et 10%) déclaraient avoir une consommation plus élevée qu'avant le confinement, suggérant que ces comportements défavorables à la santé pouvaient perdurer.

En France comme à l'étranger, des études constatent également ce double mouvement d'augmentation et de diminution des consommations en période de confinement, avec des comportements souvent moins favorables pour le tabac [24, 40] et plus favorables pour l'alcool [41-43]. Néanmoins, dans d'autres études, notamment dans les pays anglo-saxons, les augmentations de consommation d'alcool rapportées se font parfois dans des proportions très importantes sans être « compensées » par la proportion de ceux qui ont diminué [25, 26, 44], alors qu'à l'inverse des évolutions plus favorables sont observées pour le tabac [36, 38]. Ces résultats pourraient être dus à des différences culturelles, des politiques mises en place pour contrôler

l'épidémie plus ou moins strictes ou concernant l'approvisionnement de ces produits, des périodes d'étude au cours du confinement, et à l'hétérogénéité des méthodes d'enquête.

Les données analysées dans cet article présentent des limites. Les effectifs de l'étude CoviPrev sont réduits, ne permettant pas d'extrapoler à la population générale (pour les arrêts du tabac en particulier). La représentativité de cette étude est limitée dans la mesure où il s'agit d'échantillons non-probabilistes, issus d'un panel d'internautes. La proportion de personnes ayant un diplôme élevé était ainsi plus importante qu'en population générale, la prévalence du tabagisme plus faible et la proportion d'abstinents d'alcool plus élevée que celles mesurées de manière plus robuste dans le Baromètre de Santé publique France. Les comparaisons entre les vagues d'avril et juin ont été rendues impossibles en raison de répondants communs à plusieurs vagues. Par ailleurs, un biais de désirabilité et un biais de mémoire peuvent exister, dans la mesure où les personnes ont dû auto-déclarer une évolution de leur consommation par rapport à avant le confinement, et ce plusieurs semaines après. Enfin, un lien de cause à effet du confinement et/ou de l'épidémie ne peut être totalement établi, en particulier pour les taux d'arrêt du tabac dans la mesure où ces arrêts pourraient aussi avoir eu lieu dans un contexte habituel.

L'enquête ViQuoP est une enquête qualitative qui s'appuie sur un petit échantillon de consommateurs de produits psychoactifs, ainsi que sur des profils ayant des caractéristiques particulières (panel ayant accès à Internet et à l'aise avec l'écrit), ce qui limite la généralisation des résultats. Par ailleurs, les questions posées étaient ouvertes mais une seule relance a été possible dans le temps imparti et tel que prévu dans le protocole de l'étude, ce qui n'a pas permis d'approfondir et de décrire en détail toutes les situations. L'interrogation répétée des personnes sur leur santé en général et leurs consommations en particulier, a pu avoir un effet sur leurs attitudes et leurs consommations.

Enfin, et comme dans la plupart des enquêtes en population générale, les populations les plus précaires et vulnérables ne sont pas représentées dans l'échantillon, car non couvertes par les méthodes d'échantillonnage.

Malgré ces limites, ces enquêtes très réactives, ont permis de mesurer des tendances concernant l'évolution des consommations de tabac et d'alcool en population générale, les profils associés et les justifications apportées par les consommateurs, dans une volonté de triangulation des données [23]. Les résultats de ces enquêtes montrent la nécessité et l'acceptabilité [22] de la diffusion de campagnes de prévention incitant et accompagnant l'arrêt du tabagisme ou la diminution de la consommation d'alcool en période d'épidémie de la Covid-19. Les messages doivent être adaptés à la situation [45] et peuvent promouvoir les outils d'aide à distance, particulièrement utiles en période de restriction de déplacements. Une attention particulière pour les profils les plus à risque est nécessaire.

Remerciements :

Nous souhaitons remercier Pierre Arwidson, Enguerrand du Roscoät, Linda Lasbeur, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon (Santé publique France) et Jocelyn Raude (Ecole des hautes études en santé publique) pour leur contribution dans la conception de l'étude Coviprev et la construction

du questionnaire, ainsi que Bérengère Gall, Julien Vivant et Yea-Gi O (institut BVA) pour la coordination du terrain de l'étude et les analyses exploratoires. Nous remercions également Marie Vialle, Émilie Rey et Laure Salvaing (Kantar Public) pour la coordination de l'étude ViQuoP, l'animation de la plateforme et les premières analyses.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt

Contribution des auteurs : GQ a réalisé les analyses quantitatives et qualitatives, et a rédigé la première version de l'article. RG, RA et VNT ont participé au plan d'analyse et à la discussion des résultats. RG a piloté le recueil de données alcool/tabac de l'enquête CoviPrev. RA et GQ ont piloté le recueil des données alcool/tabac de l'enquête ViQuoP. NH et SS ont coordonné l'ensemble du dispositif ViQuoP et participé aux analyses. Tous les auteurs ont participé au manuscrit final.

RÉFÉRENCES

1. Collaborators GRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
2. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019(15):278-84.
3. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. 2019(5-6):97-108.
4. Soullier N, Richard J-B, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2019 - Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021.
5. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard J-B, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2021(8):132-9.
6. Richard J-B, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, le groupe Baromètre de Santé publique F. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. 2019(5-6):89-97.
7. Guignard R, Richard J-B, Andler R, Pasquereau A, Quatremère G. Effectiveness of Mois sans tabac 2016, a French social marketing campaign against smoking. 12th European public health conference; Marseille 2019.
8. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafo MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2017;19(1):3-13.
9. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*. 2017;112(3):401-12.
10. Richardson S, McNeill A, Brose LS. Smoking and quitting behaviours by mental health conditions in Great Britain (1993-2014). *Addict Behav*. 2019;90:14-9.
11. Smith PH, Chhipa M, Bystrick J, Roy J, Goodwin RD, McKee SA. Cigarette smoking among those with mental disorders in the US population: 2012–2013 update. *Tobacco Control*. 2020;29(1):29-35.
12. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906-14.
13. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006;101 Suppl 1:76-88.
14. Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique J-M, Raude J, Arwidson P, et al. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020). *Bull Epidemiol Hebd*. 2020(13):260-9.
15. Gandré C, Coldefy M, Rochereau T. Les inégalités face au risque de détresse psychologique de l'enquête COCLIO du 3 au 14 avril 2020. *Questions d'économie de la Santé IRDES*. 2020;n°249.
16. Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen-Thanh V. Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ? *La Santé en action*. 2020(452):41.

17. Andler R, Richard J-B, Palle C, Spilka S, Quatremère G, Nguyen-Thanh V. Consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. *La Revue du praticien*. 2019;69(8):886-91.
18. McEwen A, West R, McRobbie H. Motives for smoking and their correlates in clients attending Stop Smoking treatment services. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2008;10(5):843-50.
19. Wong EC, Haardörfer R, Windle M, Berg CJ. Distinct Motives for Use Among Polytobacco Versus Cigarette Only Users and Among Single Tobacco Product Users. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2017;20(1):117-23.
20. Pourtau L, Martin E, Menvielle G, El Khoury-Lesueur F, Melchior M. To smoke or not to smoke? A qualitative study among young adults. *Prev Med Rep*. 2019;15:100927.
21. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1(1):29.
22. Quatremère G, Andler R, Sempé S, Houzelle N, Vialle M, Rey E, et al. Consommations de produits psychoactifs pendant et après le confinement et acceptabilité des campagnes de prévention hors Covid-19. Étude qualitative Santé publique France - Kantar « Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus » (ViQuoP). Synthèse thématique Saint-Maurice : Santé publique France 2020:10.
23. Glaser Barney G, L SA. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Nicolson Wa, editor. London1967.
24. Bommele J, Hopman P, Walters BH, Geboers C, Croes E, Fong GT, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis*. 2020;18:63.
25. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11).
26. Garnett C, Jackson S, Oldham M, Brown J, Steptoe A, Fancourt D. Factors associated with drinking behaviour during COVID-19 social distancing and lockdown among adults in the UK. *Drug and alcohol dependence*. 2021;219:108461.
27. Lechner WV, Laurene KR, Patel S, Anderson M, Grega C, Kenne DR. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive behaviors*. 2020;110:106527-.
28. Addiction CCoSuA. Boredom and Stress Drives Increased Alcohol Consumption during COVID-19: NANOS Poll Summary Report. Mai 2020.
29. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Ameele S, et al. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *Eur Addict Res*. 2020:1-7.
30. Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, Fiz Perez J, Arcangeli G. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:983-93.
31. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-23.
32. Bor J, Basu S, Coutts A, McKee M, Stuckler D. Alcohol use during the great recession of 2008-2009. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2013;48(3):343-8.
33. Givord P, Silhol J. Confinement : des conséquences économiques inégales selon les ménages. *Insee Première*. 2020;n°1822:4.
34. Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Counil E, Jusot F, Spire A, et al. Les inégalités sociales au temps du Covid-19. *Questions de santé publique IReSP*. 2020;n°40.
35. Covid-19 : isolement et conditions de travail favorisent les conduites addictives [press release]. Nov2020.
36. Jackson SE, Brown J, Shahab L, Steptoe A, Fancourt D. COVID-19, smoking and inequalities: a study of 53 002 adults in the UK. *Tob Control*. 2020.
37. Chertok IRA. Perceived risk of infection and smoking behavior change during COVID-19 in Ohio. *Public Health Nurs*. 2020.
38. Elling JM, Crutzen R, Talhout R, de Vries H. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. *Tob Prev Cessat*. 2020;6:39.



39. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):817-23.
40. Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M, Campbell D, Craig P, Demou E, et al. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health.* 2020.
41. Jauffret-Roustide M, Barratt M, de Dinechin S, Davies E, Gilchrist G, Hughes C, et al. Consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs pendant la pandémie de Covid-19 dans la Global Drug Survey : une perspective française. *Psychotropes.* 2020;26(2):209-19.
42. Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, et al. Diet and physical activity during the COVID-19 lockdown period (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *medRxiv.* 2020:2020.06.04.20121855.
43. Håkansson A. Changes in Gambling Behavior during the COVID-19 Pandemic—A Web Survey Study in Sweden. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4013.
44. Knell G, Robertson MC, Dooley EE, Burford K, Mendez KS. Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent "Stay-at-Home" Orders. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17).
45. Grummon AH, Hall MG, Mitchell CG, Pulido M, Mendel Sheldon J, Noar SM, et al. Reactions to messages about smoking, vaping and COVID-19: two national experiments. *Tobacco Control.* 2020:tobaccocontrol-2020-055956.

Recherche originale

Prescription des traitements agonistes opioïdes en milieu carcéral dans les Hauts-de-France : enquête auprès des professionnels réalisée entre 2019 et 2020

Joubert Claire^{1,*}, Eck Marion², Fovet Thomas³

¹ Centre Support Nord de Remédiation cognitive et de Réhabilitation Psychosociale des Hauts de France 59000 Lille, France

² Pôle de Psychiatrie et de Conduites Addictives en Milieu Pénitentiaire, Centre Hospitalier Gérard Marchant, F-31057 Toulouse, France

³ Université de Lille, Inserm, CHU Lille, U1172 - Lille Neurosciences & Cognition, F-59000 Lille, France

*Correspondance : Claire Joubert, Centre Support Nord de Remédiation cognitive et de Réhabilitation Psychosociale des Hauts de France 59000 Lille, cjoubertdelamotte@mgen.fr

Résumé : **Contexte :** Environ 7% des personnes détenues en France reçoivent un traitement agoniste opioïde (TAO) (1). L'objectif de cette enquête est de faire l'état des lieux des pratiques relatives au maniement des TAO en milieu carcéral dans les Hauts-de-France (formation des prescripteurs, initiation/renouvellement, conduite à tenir en cas de mésusage, utilisation de la naloxone, articulation avec les CSAPA ambulatoires). **Méthode :** Des auto-questionnaires anonymes ont été adressés aux 93 médecins exerçant au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et aux 54 médecins exerçant en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ambulatoire des Hauts-de-France entre décembre 2019 et février 2020. **Résultats :** Trente-huit médecins exerçant en USMP et 23 médecins exerçant en CSAPA ambulatoires ont répondu. Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral, 82 % n'ont pas de formation spécifique en addictologie. Au total, 21 % déclarent ne jamais initier de TAO. Moins de la moitié renouvellent les TAO conformément aux recommandations de bonne pratique. Treize pour cent des médecins exerçant en CSAPA ambulatoires déclarent qu'un contact est généralement pris avec la structure d'aval pendant la détention (contre 55 % des médecins exerçant en milieu carcéral). **Conclusion :** Dans les Hauts-de-France, malgré le développement des CSAPA référents, les pratiques en matière de prescription des TAO sont hétérogènes et l'articulation entre milieu ouvert et milieu carcéral reste une problématique non résolue.

Mots clés : Troubles liés aux opiacés, Traitement de substitution aux opiacés, Prisonniers, Prisons, Méthadone, Naloxone, Buprénorphine, Intoxication, Mauvais usage des médicaments prescrits, France

Abstract : **Context:** Approximately 7% of incarcerated individuals in France receive opioid agonist treatment (OAT). This survey aims to assess the current practices related to OAT management in prisons within the Hauts-de-France region, focusing on prescriber training, initiation/renewal protocols, handling misuse, naloxone use, and coordination with outpatient addiction treatment centers (CSAPA). **Method:** Anonymous self-administered questionnaires were sent to 93 physicians working in prison health units (USMP) and 54 physicians working in outpatient CSAPA centers in the Hauts-de-France between December 2019 and February 2020. **Results:** Thirty-eight physicians working in USMP and 23 physicians in outpatient CSAPA centers responded. Among prison physicians, 82% lack specific training in addictology. Overall, 21% reported never initiating OAT. Less than half adhere to best practice guidelines for OAT renewal. Thirteen percent of physicians in outpatient CSAPA centers reported that contact is typically made with downstream structures during detention (compared to 55% of prison physicians). **Conclusion:** In the Hauts-de-France region, despite the development of reference CSAPA centers, OAT prescribing practices are heterogeneous, and the coordination between open and prison environments remains unresolved.

Keywords: Opioid-Related Disorders; Opiate Substitution Treatment; Prisoners; Jails; Methadone; Naloxone; Buprenorphine; Poisoning; Prescription Drug Misuse; France

Introduction

La population carcérale est particulièrement exposée au trouble de l'usage d'opioïdes (TUO). En effet, 15 % des personnes détenues aux États-Unis présentent un TUO (2). Les traitements agonistes opioïdes (TAO), aussi appelés traitements de substitution aux opiacés ou traitements de l'addiction aux opiacés, sont associés à une diminution de l'usage d'opiacés et des pratiques d'injection, à une meilleure observance du suivi et à une augmentation de la reprise du travail à 1 an (3,4).

En France, 13,3 % des hommes et 38,2 % des femmes détenus ont reçu un TAO (méthadone ou buprénorphine haut dosage) pendant la détention (5). L'incarcération peut ainsi constituer une opportunité pour instaurer un TAO chez les personnes qui n'en bénéficient pas à l'extérieur (6) comme le montre l'augmentation des prescriptions et de la disponibilité des TAO en prison ces dernières années dans plusieurs pays (par exemple États-Unis (7), Norvège (8), Canada (9)).

Toutefois, plusieurs barrières à la diffusion des TAO en milieu carcéral ont été identifiées : la stigmatisation, les inquiétudes en lien avec le mésusage et les besoins en personnel, le temps et l'espace que ces prescriptions impliquent (10,11). Les obstacles à la continuité des soins et à la poursuite du TAO à la sortie de détention sont également nombreux : absence de couverture sociale, de revenus, incertitudes sur la date de libération, manque de moyens, de préparation à la sortie et de communication avec les services en milieu ouvert, stigmatisation, etc. (12). En 2012, une enquête nationale a pu « réaliser un état des lieux de l'organisation des soins pour les personnes détenues avant / pendant / après l'incarcération [...] afin d'identifier les différents « cas de figure » et faire remonter les bonnes pratiques » (13). L'enquête a mis en évidence une grande hétérogénéité dans l'organisation des soins et des pratiques professionnelles en milieu carcéral et elle a ainsi abouti à l'élaboration d'un guide sur la continuité des soins chez les personnes détenues (14). Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dits référents ont également été progressivement mis en place en milieu pénitentiaire entre 2012 et 2014 dans l'optique d'optimiser la préparation à la sortie. Une instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (15) précise que « le personnel du CSAPA de référence de la prison [...], assure la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération ».

Malgré ces constats, il n'existe pas à notre connaissance d'étude récente sur la prise en charge du TUO en milieu carcéral. Aucun travail n'a notamment interrogé à la fois les professionnels de l'intramuros et ceux de l'extramuros sur le respect des bonnes pratiques. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des pratiques relatives à l'utilisation des TAO en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France au travers de deux auto-questionnaires adressés aux médecins exerçant en milieu carcéral d'une part et aux médecins susceptibles de prendre en charge des personnes récemment sorties de prison et souffrant d'un TUO d'autre part.

Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle transversale menée entre décembre 2019 et février 2020 dans les Hauts-de-France. La région des Hauts-de-France compte 17 établissements pénitentiaires, chacun disposant d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) assurant les soins psychiatriques ambulatoires (16). Il existe 14 CSAPA référents en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France (17). La région dispose également de 43 CSAPA en milieu ambulatoire et de 11 CSAPA avec hébergement. Au total, 20 % des usager-e-s y sont suivi-e-s pour une consommation « d'opiacés, stimulants, amphétamines, médicaments psychotropes » et 19 % sont orienté-e-s par la Justice. La moitié des CSAPA ambulatoires sont en gestion associative (18). Un premier auto-questionnaire, le questionnaire « milieu carcéral » (voir Annexe 1) a été adressé aux 93 médecins seniors et internes exerçant dans les 17 USMP. Un deuxième auto-

questionnaire, le questionnaire « CSAPA ambulatoires » (voir Annexe 2) a été adressé aux 54 médecins responsables des TAO dans les 54 CSAPA des Hauts-de-France. Les auto-questionnaires comportaient quatre parties : (i) caractéristiques des répondant-e-s, (ii) prises en charges proposées à l'arrivée en détention, (iii) pendant la détention et (iv) avant la sortie. Les questions de connaissance ont été conçues avec comme référence plusieurs recommandations françaises et internationales portant sur les TAO (19–21).

Les critères d'inclusion pour répondre au questionnaire « milieu carcéral » étaient les suivants : être médecin travaillant en milieu pénitentiaire à temps plein ou à temps partiel dans les Hauts-de-France, être interne en médecine générale ou en psychiatrie de la subdivision de Lille ou d'Amiens en stage en milieu carcéral dans les Hauts-de-France. L'ensemble des médecins de chaque service a été interrogé afin de prendre en compte l'hétérogénéité des pratiques au sein d'un même service. Les critères d'inclusion pour répondre au questionnaire « CSAPA ambulatoires » étaient les suivants : être médecin en CSAPA ambulatoire dans les Hauts-de-France, travailler dans un CSAPA suivant des patient-e-s sous TAO, être identifié-e prescripteur de TAO pour le CSAPA. Un-e médecin a été interrogé-e pour chaque CSAPA. Les auto-questionnaires ont été diffusés en format numérique (lien envoyé aux médecins par courriel). Deux relances par courriel ont été effectuées ainsi que des relances téléphoniques auprès des secrétariats. Les questionnaires incomplets n'ont pas été exclus. Les réponses manquantes ont été décrites dans les résultats. Une analyse descriptive des variables quantitatives (moyenne, écart-type) et qualitatives (pourcentages) a été réalisée.

Résultats

Pratique des médecins exerçant en milieu carcéral

Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France, il y a eu 38 réponses sur 93 sollicitations, soit un taux de réponse de 41 %. Le taux de réponse était de 45 % (19/42) parmi les médecins généralistes, 31 % (11/35) parmi les médecins psychiatres, 46 % (6/13) parmi les internes de psychiatrie, 67 % (2/3) parmi les internes de médecine générale. Parmi les répondants, 82 % (n=31) n'ont pas de formation spécifique en addictologie. Ils sont 8 % (n=3) à déclarer avoir un diplôme universitaire, 8 % (n = 3) une capacité et 3 % (n=1) une formation spécifique transversale (FST). Aucun-e ne déclare être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC). Ils évaluent leurs connaissances sur les TAO à 6,5/10 en moyenne ($\sigma=2,0$). Dix-huit pour cent (n=7) des répondant-e-s déclarent prescrire des TAO tous les jours, 29 % (n =11) plusieurs fois par semaine et 21 % (n=8) au moins une fois par semaine. Quarante-deux pour cent (n=16) des répondant-e-s déclarent qu'il n'existe pas de protocole structuré dédié au renouvellement des TAO dans leur établissement (11 %, n=4 déclarent ne pas savoir si un tel protocole existe). Dans une situation de mésusage de buprénorphine, 53 % (n=20) proposent un arrêt ou une diminution de la posologie. Concernant les kits naloxone, aucun-e répondant-e les prescrit toujours ou souvent et 45 % (n=17) déclarent qu'ils ne sont pas disponibles dans leur établissement (voir Tableau 1).

« Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par buprénorphine (générique, Subutex, Suboxone), que la prescription a été identifiée et que la dernière prise remonte à moins de 3 jours : » (plusieurs réponses possibles)	
Diminution de la posologie	13 % (n=5)
Renouvellement sans dépasser 10 mg / jour	13 % (n=5)
Renouvellement sans dépasser 16 mg / jour	34 % (n=13)
Renouvellement sans dépasser 24 mg / jour	13 % (n=5)
Autre	24 % (n=9)
Non-réponse	3 % (n=1)
« Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par méthadone à 120 mg/jour, que la prescription a été identifiée et que la dernière prise date de 3 à 5 jours : » (plusieurs réponses possibles)	

Renouvellement à la posologie 120 mg / jour	18 % (n=6)
Renouvellement à la posologie 60- 90 mg / jour	45 % (n=17)
Renouvellement à une posologie < 40 mg / jour	13% (n=5)
Autre	24 % (n=9)
Non-réponse	3% (n=1)
« Dans le cas d'une consommation d'opiacés ou de TAO sans prescription médicale, généralement,... »	
Initiation possible d'un TAO	74 % (n=28)
Jamais d'initiation	21 % (n=8)
Non-réponse	5 % (n=2)
« Lorsqu'un mésusage avéré et répété de Buprénorphine (Subutex ®) est constaté, je propose généralement : » (plusieurs réponses possibles)	
Relais méthadone et/ou augmentation de posologie	26 % (n=10)
Arrêt ou diminution de posologie de la buprénorphine	53 % (n=20)
Autre	16 % (n=6)
Non-réponse	5 % (n=2)
« Je propose un kit Naloxone (Nalscue ®) aux personnes éligibles : »	
Toujours	0 %
Souvent	0 %
Parfois	11 % (n=4)
Rarement	11 % (n=4)
Jamais	29 % (n=11)
Non disponible dans mon établissement	45 % (n=17)
Non-réponse	5 % (n=2)

Tableau 1 : Réponses relatives à la prescription des TAO des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France (n=38) Les réponses correspondant aux recommandations figurent en gras dans le tableau.

Lien entre médecins exerçant en milieu pénitentiaire et médecins exerçant en CSAPA ambulatoire

Parmi les médecins exerçant en CSAPA ambulatoire dans les Hauts-de-France, il y a eu 23 réponses sur 54 sollicitations soit un taux de réponse de 43 %. Soixante-cinq pour cent (n=15) prennent en charge des patient-e-s sortant de prison plus d'une fois par mois. Trente-cinq pour cent (n=8) déclarent que leur structure est CSAPA référent. Quarante-trois pour cent (n=10) des médecins exerçant en CSAPA déclarent que généralement la posologie des traitements par méthadone n'est pas modifiée pendant l'incarcération. Quatre pour cent disent qu'elle est augmentée (n=1), 22 % diminuée (n=5), 4% que le traitement est interrompu (n=1), 26% ne savent pas (n=6). Trente-neuf pour cent (n=9) des médecins exerçant en CSAPA déclarent que généralement la posologie des traitements par buprénorphine n'est pas modifiée pendant l'incarcération. Quatre pour cent disent qu'elle est augmentée (n=1), 4% qu'elle est diminuée (n=1), 13 % que le traitement est remplacé par un autre (n=3), 35 % ne savent pas 35 % (n=8), 4 % n'ont pas répondu (n=1).

Concernant les relations avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral, 57 % des répondant-e-s déclarent qu'il y a peu ou pas de contact. L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est évaluée en moyenne à 6,0/10 ($\sigma=2,5$) par les médecins exerçant en milieu carcéral contre 4,2/10 ($\sigma=2,4$) par les médecins exerçant en CSAPA. Ils évaluent l'importance du contact pris avec leur structure à l'arrivée en détention à 8,6/10 ($\sigma=1,8$). Parmi les médecins exerçant en milieu carcéral 55 % (n=21) déclarent qu'un contact est pris 'toujours' ou 'souvent' avec le CSAPA pendant la détention, contre 13 % (n=3) des médecins exerçant en CSAPA (voir Tableau 2). Celui-ci reprend les résultats des questions qui étaient communes aux deux questionnaires milieu carcéral et CSAPA.

	Milieu carcéral	CSAPA
« Les soins spécialisés en addictologie proposés en détention sont satisfaisants. » Score moyen sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord)	6,1 (σ=2,5)	4,6 (σ=2,3)
« L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple : échanges téléphoniques, courriers, etc.). » Score moyen sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord)	6,0 (σ=2,5)	4,2 (σ=2,4)
« La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. » Score moyen sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord)	6,3 (σ=2,6)	4,9 (σ=2,5)
<u>Questionnaire « milieu carcéral »</u> : « Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant, ...) se fait... »		
<u>Questionnaire « CSAPA ambulatoires »</u> : « Généralement ma structure est contactée... »		
1. «...A l'arrivée en détention : »		
Toujours	16 % (n=6)	4 % (n=1)
Souvent	29 % (n=11)	13 % (n=3)
Parfois	24 % (n=9)	26 % (n=6)
Rarement	11 % (n=4)	30 % (n=7)
Jamais	11 % (n=4)	26 % (n=6)
Non-réponse	11 % (n=4)	0 %
2. «...Pendant la détention : »		
Toujours	26 % (n=10)	0 % (n=0)
Souvent	29 % (n=11)	13 % (n=3)
Parfois	26 % (n=10)	9 % (n=2)
Rarement	13 % (n=5)	22 % (n=5)
Jamais	5 % (n=2)	57 % (n=13)
Non-réponse	0 %	0%
3. «...A la sortie de détention : »		
Toujours	55 % (n=21)	0 % (n=0)
Souvent	24 % (n=9)	48 % (n=11)
Parfois	8 % (n=3)	22 % (n=5)
Rarement	5 % (n=2)	26 % (n=6)
Jamais	0 % (n=0)	4 % (n=1)
Non-réponse	8 % (n=3)	0 %

Tableau 2 : Réponses relatives aux soins addictologiques en détention des médecins exerçant en milieu carcéral (n=38) et en CSAPA (n=23) dans les Hauts-de-France Les réponses correspondant aux recommandations figurent en gras dans le tableau.

DISCUSSION

Ces résultats permettent de documenter les pratiques relatives au maniement des TAO en milieu pénitentiaire dans les Hauts-de-France (formation des prescripteurs, initiation/renouvellement, conduite à tenir en cas de mésusage, utilisation de la naloxone, articulation avec les CSAPA ambulatoires). Quatre points seront discutés : le manque de formation spécifique en addictologie, l'hétérogénéité des pratiques de prescription des TAO, l'accès à la naloxone en prison et à la libération ainsi que les difficultés d'articulation dans les parcours de soins entre structures intra- et extra-carcérales.

La majorité des médecins exerçant en milieu carcéral dans les Hauts-de-France, médecins généralistes et psychiatres, prescrivent les TAO plus d'une fois par semaine. Pourtant, dans notre enquête, ils sont très peu nombreux (16 %) à avoir bénéficié d'une formation en addictologie. Ces résultats sont cohérents avec un précédent travail mené en 2018 qui identifiait que 25 % des médecins interrogés avaient une formation en addictologie type Diplôme Universitaire, Diplôme Inter-Universitaire ou Capacité (22). Pour améliorer la

situation, il serait utile de proposer des formations portant sur la réduction des risques et des dommages (RDRD) aux médecins exerçant en milieu carcéral (23), développer l'intervention des acteurs spécialisés dans la RDRD (24) ou encore ouvrir des postes supplémentaires de médecins addictologues en milieu carcéral.

Concernant l'instauration, le renouvellement ou l'adaptation du traitement, notre étude met en évidence des pratiques hétérogènes. A titre d'exemple, le « Guide de prescription des TSO en milieu carcéral » publié par le ministère de la Santé et la MILDeCA propose de diminuer la posologie de méthadone de moitié lorsque la dernière prise date de 3 à 5 jours et d'envisager une augmentation de la posologie de buprénorphine en cas de mésusage (19,21,25). Dans notre échantillon, seules 45 % et 26 % des réponses sont correctes pour ces deux questions. Pour un certain nombre de personnes, la détention pourrait constituer une opportunité d'accéder à un TAO. Si la phase d'induction du traitement par méthadone est l'une des plus à risque, les TAO sont associés à une nette diminution de la mortalité des personnes présentant un TUO (1). La première cause de mésusage rapportée par les personnes présentant un TUO est le craving et les symptômes de manque liés au sevrage opiacés (27). Certains établissements ont des pratiques contraires aux recommandations de bonnes pratiques telles que limiter la posologie maximale des TAO ou conditionner leur délivrance à un suivi psychologique ou un sevrage préalable (10). Les pratiques non standardisées et les difficultés d'accès au TAO de son choix sont des barrières à l'accès aux TAO en milieu carcéral (28). Une enquête récente menée dans les Hauts-de-France retrouvait que « les équipes de soins elles-mêmes sont inégalement porteuses de pratiques et de principes d'actions compatibles avec la RDRD » (24).

Cette enquête a également mis en évidence un besoin fort de matériel de RDRD des équipes de soin (24). En effet, près des ¾ des consommateurs d'opiacés ont été témoins d'une overdose au cours de leur vie (29). La naloxone est un antidote aux surdoses d'opioïdes. Elle est bien acceptée parmi les personnes sortant de prison (29) et nécessite une courte formation des usagers. Au moment de notre étude, aucun répondant ne déclarait la distribuer fréquemment ou souvent aux personnes éligibles. Depuis, un programme de distribution de naloxone a été mis en place dans les établissements d'Annœullin et Sequedin.

Les médecins exerçant en CSAPA ambulatoire reçoivent fréquemment des personnes sortant de prison. Cette étude a reçu 9 réponses de médecins exerçant en CSAPA référent en milieu pénitentiaire (sur 14 au total dans la région). Pourtant ils se montrent peu satisfait.es des soins addictologiques proposés en détention et de la qualité de l'articulation. Si tous les moments de la détention sont concernés, les contacts à l'arrivée et pendant la détention semblent particulièrement rares. Ces résultats sont cohérents avec une précédente enquête réalisée au moment de la mise en place des CSAPA référents en 2012 auprès de professionnel·les exerçant en milieu carcéral et en milieu externe (13). La moitié des 154 répondant·es (dont 30.5 % travaillaient en UCSA et 56.5 % en CSAPA externe) indiquaient qu'un contact était systématiquement pris à l'arrivée en détention pour les personnes consommatrices d'opiacés avec la structure qui assurait le suivi de la personne en amont de la détention. On retrouvait également de grandes différences entre les réponses de l'intra et de l'extra-carcéral mais celles-ci portaient sur les actions mises en place lors de la sortie (par exemple la délivrance d'une ordonnance relais et de quelques jours de traitement) (13). Pourtant les médecins exerçant en CSAPA jugent très important le premier contact lors de l'arrivée en détention. Dans notre étude, moins de la moitié des médecins exerçant en CSAPA ambulatoire déclarent que la posologie du traitement par méthadone ou buprénorphine est généralement maintenue ou augmentée pendant la détention, en accord avec les déclarations des médecins exerçant en milieu carcéral. Il semble donc que la mise en place des CSAPA référents il y a 10 ans n'ait pas résolu tous les problèmes d'articulation. Les professionnels des CSAPA ambulatoires pourraient être sollicité.es pour des formations croisées, des portes ouvertes et des stages d'immersion (23).

Notre enquête présente plusieurs limites. D'abord, son caractère régional et le taux de participation (42 %) ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble du territoire français. On peut faire l'hypothèse que les personnes ayant répondu à l'enquête sont celles qui sont les plus concernées et les mieux formées sur le sujet. Ce biais de sélection pourrait sous-estimer l'ampleur des difficultés dans le domaine. Ensuite, nous avons choisi de ne pas identifier l'établissement des répondants dans le questionnaire afin de maintenir un anonymat. Cela ne nous permet pas d'analyser les différences de pratique selon la taille des établissements.

Pour aller plus loin, il serait utile de comparer ces données à celles d'autres études portant sur de plus grands échantillons et dans d'autres régions. L'efficacité de programmes visant à améliorer les pratiques telles que la meilleure diffusion et l'amélioration des protocoles TAO existant en milieu carcéral ainsi que la mise en place de formations croisées entre professionnels du milieu carcéral et des CSAPA ambulatoires pourrait également être évaluée. Actuellement, de nouveaux protocoles d'initiation rapide de méthadone (30) et buprénorphine (31) sont développés pour répondre à la plus grande puissance des fentanylloïdes et aux délais d'accès aux soins. La formation des médecins exerçant en milieu carcéral à la capacité d'addictologie est une piste pour améliorer les pratiques. L'accès aux recommandations de bonnes pratiques et à des outils d'aide à la prescription pourraient aussi être utiles aux professionnel-le-s. Suite aux résultats de cette étude, un guide « Maniement des traitements agonistes opioïdes en milieu pénitentiaire : un guide pratique » (25) a été mis à disposition à destination de tous les médecins exerçant en milieu pénitentiaire. La boîte à outils à destination des CSAPA référents en milieu pénitentiaire développée par la Fédération addiction (32) constitue un autre exemple. Les professionnels des équipes mobiles transitionnelles (EMOT) accompagnant les personnes présentant des troubles psychiatriques à la sortie de prison sont également sensibilisé-e-s à l'articulation dedans-dehors et à la prise en charge des comorbidités addictives et pourraient peut-être contribuer à l'optimisation des parcours de soins des personnes souffrant d'un TUO (33,34). La disponibilité de buprénorphine injectable à libération prolongée peut aussi être un atout en milieu carcéral (35) mais son utilisation nécessitera formation et articulation avec les CSAPA ambulatoires.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude met en évidence des disparités dans les pratiques relatives à la prescription des TAO en milieu carcéral et des difficultés dans l'articulation entre le milieu intra et extra-carcéral qui sont autant de pertes de chance pour les personnes incarcérées présentant un TUO.

Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt

Remerciements: les auteurs remercient Thierry Danel, Ali Amad, Camille Lancelevée, Laurent Plancke (F2RSMPsy), Arnaud Dezetree, Emmanuel Luneau, Arnaud Muysen, Deborrah Sebbane, Anne-Sophie Ternois (CHU Lille), Patrick Veteau (Atre), Camille Landmann (CH Valenciennes)

RÉFÉRENCES

1. Ndiaye Anna. Traitement de substitution aux opioïdes en France en Bilan 2023. OFDT; 2023.
2. Maruschak LM, Minton TD, Zeng Z. Opioid Use Disorder Screening and Treatment in Local Jails, 2019. Bureau of Justice Statistics; 2023.

3. Malta M, Varatharajan T, Russell C, Pang M, Bonato S, Fischer B. Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLoS Med* [Internet]. 31 déc 2019 [cité 20 janv 2020];16(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6938347/>
4. Moore KE, Roberts W, Reid HH, Smith KMZ, Oberleitner LMS, McKee SA. Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *J Subst Abuse Treat*. avr 2019;99:32-43.
5. Fovet T, Lancelevée C, Wathelet M, Qaoubi O, Thomas P. La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale. 2023.
6. Cossar RD, Stewart AC, Winter R, Curtis M, Dietze PM, Ogloff JRP, et al. Integrating episodes of imprisonment and the cascade of care for opioid use disorder. *Addiction*. févr 2021;116(2):427-8.
7. Dadiomov D, Trotzky-Sirr R, Shooshtari A, Qato DM. Changes in the availability of medications for opioid use disorder in prisons and jails in the United States during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Depend*. mars 2022;232:109291.
8. Bukten A, Skjærvø I, Stavseth MR. Exploring mental health comorbidities and opioid agonist treatment coverage among people in prison: A national cohort study 2010–2019. *Drug Alcohol Depend*. sept 2023;250:110896.
9. Bodkin C, Bondy S, Regenstreif L, Kiefer L, Kouyoumdjian F. Rates of opioid agonist treatment prescribing in provincial prisons in Ontario, Canada, 2015–2018: a repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*. nov 2021;11(11):e048944.
10. Bandara S, Kennedy-Hendricks A, Merritt S, Barry CL, Saloner B. Methadone and buprenorphine treatment in United States jails and prisons: lessons from early adopters. *Addiction*. déc 2021;116(12):3473-81.
11. Eck M, Rolland B, Icard C, Fovet T. [Addiction management in prisons]. *Soins Rev Ref Infirm*. 2022;67(870-871):48-52.
12. Stoever H, Jamin D, Sys O, Vanderplasschen W, Jauffret-Roustide M, Michel L, et al. Continuity of care for drug users in prisons and beyond in four European countries -Final report. 2019.
13. Fédération Addiction. Addiction et milieu carcéral Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros [Internet]. Fédération Addiction; 2012. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/la-continuite-des-soins-des-personnes-detenu-es-rapport-denquete/>
14. Fédération Addiction. Addictions : la continuité des soins des personnes détenues / L'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert. 2014.
15. Podeur, Houssin. Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. nov 17, 2010.
16. Eck M, Plancke L, Horn M, Amad A, Thomas P, Fovet T. Offre de soins et recours aux hospitalisations psychiatriques en milieu pénitentiaire : une étude observationnelle dans le Nord de la France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique* [Internet]. sept 2020 [cité 9 sept 2020]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762020304132>
17. ARS Hauts de France. La mission d'articulation et de coordination menée par le CSAPA référent en milieu pénitentiaire [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/10/plaquette_csaparef.pdf
18. OFDT, ARS Hauts-de-france. Addictions dans les Hauts-de-France Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/33324/download?inline>
19. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité; 2015. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/publication/guide-traitements-de-substitution-aux-opiac-es-tso-milieu-carceral>
20. Dematteis M, Auriacombe M, D'Agnone O, Somaini L, Szerman N, Littlewood R, et al. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother*. déc 2017;18(18):1987-99.

21. World Health Organization. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. In Geneva.; 2009. Disponible sur: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143167/>
22. Jouhanneau. Etat des lieux de l'offre de substitution médicamenteuse aux opiacés en milieu pénitentiaire français : place de l'association Buprénorphine-Naloxone Eau sein des pratiques des médecins en milieu carcéral. 2018.
23. Fédération addiction. Addictions & troubles psychiatriques. 2019.
24. Charbit, Fovet, Whatelet. Réduction des risques et des dommages en milieu pénitentiaire - attentes et représentations. F2RSM Psy; 2023.
25. Joubert C, Belet B, Eck M, Fovet T, Ternois AS. Maniement des traitements agonistes opioïdes en milieu pénitentiaire : un guide pratique [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/344579785_Maniement_des_traitements_agonistes_opioides_en_milieu_penitentiaire_un_guide_pratique_version_longue
26. Lim S, Cherian T, Katyal M, Goldfeld KS, McDonald R, Wiewel E, et al. Association between jail-based methadone or buprenorphine treatment for opioid use disorder and overdose mortality after release from New York City jails 2011–17. *Addiction*. mars 2023;118(3):459-67.
27. Han B, Jones CM, Einstein EB, Compton WM. Trends in and Characteristics of Buprenorphine Misuse Among Adults in the US. *JAMA Netw Open*. 1 oct 2021;4(10):e2129409.
28. Russell C, Naféh F, Pang M, MacDonald SF, Derkzen D, Rehm J, et al. Opioid agonist treatment (OAT) experiences and release plans among federally incarcerated individuals with opioid use disorder (OUD) in Ontario, Canada: a mixed-methods study. *BMC Public Health*. déc 2022;22(1):436.
29. Moradmamand-Badie B, Tran L, Oikarainen N, Degenhardt L, Nielsen S, Roberts J, et al. Feasibility and acceptability of take-home naloxone for people released from prison in New South Wales, Australia. *Drug Alcohol Rev*. janv 2021;40(1):98-108.
30. Buresh M, Nahvi S, Steiger S, Weinstein ZM. Adapting methadone inductions to the fentanyl era. *J Subst Abuse Treat*. oct 2022;141:108832.
31. Herring AA, Vosooghi AA, Luftig J, Anderson ES, Zhao X, Dziura J, et al. High-Dose Buprenorphine Induction in the Emergency Department for Treatment of Opioid Use Disorder. *JAMA Netw Open*. 1 juill 2021;4(7):e2117128.
32. Fédération Addiction. La boîte à outils pour les CSAPA référents en milieu pénitentiaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/actualites/milieux-et-publics-actualites/justice-et-detention/boite-a-outils-csapa-referents-en-milieu-penitentiaire/>
33. Fovet T, Scoufflaire T, Belet B, Demeulemeester E, Thomas P. L'équipe mobile transitionnelle, des soins psychiatriques en sortie de prison. *Soins Psychiatr*. janv 2023;44(344):36-40.
34. Fovet T, Scoufflaire T, Belet B, Demeulemeester E, Paindavoine M, Gibour C, et al. Soins psychiatriques et sortie de prison : des équipes mobiles transitionnelles pour atténuer le « choc post-carcéral » ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2023;181(4):370-5.
35. Dunlop AJ, White B, Roberts J, Cretikos M, Attalla D, Ling R, et al. Treatment of opioid dependence with depot buprenorphine (CAM2038) in custodial settings. *Addiction*. févr 2022;117(2):382-91.glet Zotero.

Annexe 1 - Questionnaire milieu carcéral

État des lieux de la prescription des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral
La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France réalise une étude sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Cette enquête s'intéresse particulièrement à l'articulation entre milieu carcéral et milieu ouvert. Les résultats de cette étude feront l'objet d'une restitution à laquelle vous serez invité(e).

Si vous avez une activité mixte, en milieu carcéral et à l'extérieur, ce questionnaire ne concerne que votre pratique en milieu carcéral.

Le remplissage du questionnaire prend entre 3 et 5 minutes. Les réponses sont bien sûr anonymes.

Je vous remercie beaucoup de votre participation.

**Vous êtes**

- Médecin généraliste
- Médecin psychiatre
- Interne en médecine générale
- Interne en psychiatrie
- Autre :

Vous avez une formation spécifique en addictologie telle que

- DU
- Capacité
- DESC
- Je n'ai pas de formation spécifique en addictologie
- Autre :

Vous exercez en milieu carcéral (en demi-journées par semaine) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je prescris les TSO

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

J'évalue mes connaissances sur la prescription des TSO à Aucune connaissance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
connaissances optimales

Partie 1: À l'arrivée en détention

Dans mon établissement, il existe un protocole relatif à la prescription des TSO

Pour l'initiation

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pour le renouvellement

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si le patient bénéficie d'un traitement préalable par TSO, un contact est pris avec le médecin prescripteur, avec l'accord du patient

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Si le patient bénéficie d'un traitement préalable par TSO, un contact est pris avec le pharmacien effectuant habituellement la délivrance lorsque les prescripteurs habituels ne sont pas joignables

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par buprénorphine haut dosage (générique, Subutex®, Suboxone®), que la prescription a été identifiée et que la dernière prise remonte à moins de 3 jours

- J'interromps le traitement
- Je diminue la posologie



- Je renouvelle la posologie sans dépasser 10 mg
- Je renouvelle la posologie sans dépasser 16 mg
- Je renouvelle la posologie sans dépasser 24 mg
- Je propose un relais vers un autre TSO
- Autre :

Généralement, si le patient bénéficie d'un traitement préalable par méthadone à 120 mg/jour, que la prescription a été identifiée et que la dernière prise date de 3 à 5 jours (plusieurs réponses possibles)

- J'interromps le traitement
- Je reprends le traitement à une posologie inférieure à 40 mg
- Je reprends le traitement à une posologie comprise entre 60 et 90 mg
- Je reprends le traitement à 120 mg
- Je réévalue le patient à distance de l'instauration pour adapter la posologie (par exemple à 1 semaine)
- Autre :

Le recours à l'utilisation de la bandelette urinaire avant instauration ou reconduction d'un TSO est fait

- Jamais
- Rarement
- Seulement en l'absence d'authentification de la prescription
- Souvent
- Systématiquement
- Autre :

Dans le cas d'une consommation d'opiacés ou de TSO sans prescription médicale, généralement (plusieurs réponses possibles)

- Je n'initie jamais de TSO dans cette situation
- Je peux prescrire un TSO dans cette situation
- Je prescris souvent du Subutex® (buprénorphine) ou générique dans cette situation
- Je prescris souvent de la Suboxone® (buprénorphine naloxone) dans cette situation
- Je prescris souvent de l'Orobupré (buprénorphine lyophilisat) dans cette situation
- Je prescris souvent de la méthadone en sirop dans cette situation
- Je prescris souvent de la méthadone en gélule dans cette situation

Concernant la politique de réduction des risques, je distribue souvent (plusieurs réponses possibles)

- Des fascicules INPES, AIDES, ASUD avec des messages de réduction des risques
- Un document à remettre au patient avec les moyens de contacter les intervenants en addictologie pendant l'incarcération
- Des outils de réduction des risques type paille, préservatifs, eau de javel
- Ces outils ne sont pas disponibles
- Autre :

Concernant la naloxone (Nalscuc®) dans mon établissement (plusieurs réponses possibles)

- Des kits sont disponibles
- Il existe des formations pour les usagers
- Il existe des formations pour les soignants
- Il existe des flyers, affiches et cartes d'information spécifiques
- Ces outils ne sont pas disponibles
- Je ne sais pas
- Autre :

Je propose un kit naloxone (Nalscuc®) aux personnes éligibles

- Non disponible dans mon établissement
- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent



Toujours/Très Souvent

Partie 2 : Pendant la détention

Dans mon établissement, les soins spécialisés en addictologie proposés pendant la détention consistent en (plusieurs réponses possible)

Des prises en charge en groupes (par exemple groupes de parole, groupes d'entraide)

Un suivi addictologue

Un suivi infirmier

Un suivi médical hors addictologue

Un suivi psychologique

Un suivi socio-éducatif hors CPIP

Pas de suivi spécialisé en addictologie

Autre :

Lorsqu'un mésusage avéré et répété de buprénorphine haut dosage (Subutex®) est constaté, je propose généralement (plusieurs réponses possibles)

Un arrêt de la buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Une diminution de la posologie

Un maintien de la posologie

Une augmentation de la posologie

Un relais vers d'autres formes de buprénorphine haut dosage type Suboxone® ou Orobuprénorphine®

Un relais vers la méthadone

Une délivrance quotidienne supervisée avec aménagement d'un temps d'échange avec le patient

Partie 3 : La préparation à la sortie

Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant,) se fait

Dès l'arrivée en détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Au cours de la détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Lors de la sortie de détention

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple : échanges téléphoniques, courriers,) Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

Le relais avec la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant, ...) se fait généralement par (plusieurs réponses possibles)

L'envoi d'un courrier médical ou d'un compte-rendu

Un contact téléphonique

La prise anticipée d'un rendez-vous

La transmission des coordonnées de la structure au patient

La délivrance d'une ordonnance relais



- La délivrance de quelques jours de traitement
- Un accompagnement physique à la structure
- Autre :

Généralement, j'obtiens un rendez-vous dans la structure de suivi addictologique (type CSAPA, médecin traitant, ...) dans un délais de buprénorphine haut dosage

- < 48 h
- < 1 semaine
- < 15 jours
- < 1 mois
- > 1 mois

Méthadone

- < 48 h
- < 1 semaine
- < 15 jours
- < 1 mois
- > 1 mois

Les soins spécialisés en addictologie proposés au cours de la période de détention sont satisfaisants Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

Seriez-vous intéressé(e) par des outils d'aide à la prescription des TSO en milieu carcéral ? Si oui, lesquels ?

Annexe 2 - Questionnaire CSAPA

État des lieux de l'articulation entre CSAPA et milieu carcéral pour la prescription des TSO

La Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie Hauts-de-France réalise une étude sur l'articulation entre CSAPA et milieu carcéral dans la prise en charge des patients présentant une addiction aux opiacés. Le but de l'étude est de dégager des pistes de travail pour une amélioration de la prise en charge des personnes présentant une addiction aux opiacés.

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une restitution à laquelle vous serez invité(e).

Si vous avez une activité mixte, en milieu carcéral et à l'extérieur, ce questionnaire ne concerne que votre pratique en milieu ouvert.

Le remplissage du questionnaire prend entre 3 et 5 minutes. Les réponses sont bien sûr anonymes.

Je vous remercie beaucoup de votre participation.

Je prends en charge des patients sortant de prison

- Plusieurs fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Au moins une fois par an
- Moins d'une fois par an
- Je ne sais pas

Partie 1 : L'articulation entre milieu intracarcéral et milieu ouvert

Concernant les relations avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral (plusieurs réponses possibles)

- Il y a peu/pas de contacts avec le service intervenant en addictologie milieu carcéral
- Il y a des contacts informels avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral
- Des réunions sont régulièrement organisées avec le service intervenant en addictologie en milieu carcéral
- Des médecins de ma structure interviennent en prison
- Des personnels hors médecins de ma structure interviennent en prison



Ma structure est CSAPA référent

Je ne sais pas

Généralement ma structure est contactée À l'arrivée en détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Pendant la détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Avant la sortie de détention du patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Je pense que le contact avec ma structure à l'arrivée en détention du patient est Pas du tout important 1 2 3
4 5 6 7 8 9 10 Très important

Dans le cadre de la préparation à la sortie, le relais avec ma structure se fait généralement par (plusieurs réponses possibles) L'envoi d'un courrier médical ou compte-rendu

Un contact téléphonique

La prise anticipée d'un rendez vous

La transmission des coordonnées de ma structure au patient

La délivrance d'une ordonnance relais

La délivrance de quelques jours de traitement

Un accompagnement physique jusqu'à ma structure

Aucun contact n'est pris

Autre :

Généralement, ma structure peut proposer un rendez-vous aux personnes sortant de prison dans un délais de méthadone

< 48 h

< 1 semaine

< 15 jours

< 1 mois

> 1 mois

buprénorphine haut dosage

< 48 h

< 1 semaine

< 15 jours

< 1 mois

> 1 mois

Partie 2 : Pendant la détention

Pour les patients sous méthadone que je suis amené(e) à suivre, généralement je sais que pendant la détention le traitement a été

Interrompu

Renouvelé en diminuant la posologie

Renouvelé sans modifier la posologie



- Renouvelé en augmentant la posologie
- Remplacé par un autre traitement
- Je ne sais pas

Pour les patients sous buprénorphine haut dosage (Subutex[®], Suboxone[®], Orobupré[®]) que je suis amené(e) à suivre, généralement je sais que pendant le détention le traitement a été

- Interrompu
- Renouvelé en diminuant la posologie
- Renouvelé sans modifier la posologie
- Renouvelé en augmentant la posologie
- Remplacé par un autre traitement
- Je ne sais pas

Généralement, les patients que je suis amené(e) à suivre ont reçu (plusieurs réponses possibles)

- Des kits naloxone
- Des formations pour les usagers
- Des flyers, affiches et cartes d'information spécifiques
- Aucun de ces outils
- Je ne sais pas
- Autre :

Les soins spécialisés en addictologie proposés en détention sont satisfaisants

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

L'articulation entre les services en milieu carcéral et en milieu ouvert est satisfaisante (par exemple échanges téléphoniques, courriers, ...)

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

La qualité et la continuité des soins addictologiques sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

Mise au point

Splendeur de l'incapacité

Veissière Pierre^{1,*}

¹ Unité pour la recherche et les soins en alcoologie, Centre hospitalier de Saint-Cloud, 3, place de Silly, 92210 Saint-Cloud, France

*Correspondance : Veissière Pierre, piervnet@free.fr

Résumé : L'alcoolique ne peut pas s'empêcher de boire de l'alcool. Toutefois, ce n'est pas la « liberté » qu'il n'a pas, ou qu'il aurait perdue, mais la « capacité » de s'abstenir. Définir l'alcoolique par la perte de « la liberté de s'abstenir d'alcool » conduit de surcroît à ne même pas envisager l'existence de la catégorie thérapeutique la plus souhaitable de la maladie alcoolique, celle des alcooliques abstinents. C'est s'interdire de comprendre l'alcoolique rétabli, qui montre pourtant tous les jours qu'il est tout à fait capable de se passer complètement d'alcool. C'est parler de liberté là où il n'y en a aucune, et ne pas la voir là où elle s'exerce. Enfin c'est donner de l'abstinence une image désastreuse, négative, qui empêche de réorienter le désir du patient. Il est préférable de définir et d'expliquer l'alcoolique par ses capacités et incapacités plutôt que par une liberté imaginaire. Orientation que Fouquet avait envisagée dès l'origine mais qui a été malheureusement délaissée par la suite.

Mots clés : Splendeur de l'Incapacité - Misère de la Liberté - Alcoolique éclairé - Alcoolique rétabli - Fraternité - Groupe – Entraide

Abstract: An alcoholic cannot stop drinking alcohol. However, it is not the "freedom" that they lack or have lost, but rather the "capacity" to abstain. Defining an alcoholic by the loss of the "freedom to abstain from alcohol" also prevents considering the existence of the most desirable therapeutic category of alcoholism, that of abstinent alcoholics. This approach restricts understanding of the recovered alcoholic, who daily demonstrates the ability to completely abstain from alcohol. It involves discussing freedom where there is none and ignoring it where it exists. Furthermore, it creates a disastrous and negative image of abstinence, hindering the patient's desire for reorientation. It is preferable to define and explain alcoholism by its capacities and incapacities rather than by an imaginary freedom. This orientation was initially considered by Fouquet but unfortunately abandoned later on.

Keywords : Splendor of Incapacity - Misery of Freedom - Enlightened Alcoholic - Recovered Alcoholic – Fraternity - Group; Mutual Aid



Quand tous vont vers le débordement nul ne semble y aller. Celui qui s'arrête fait remarquer l'emportement des autres comme un point fixe. Pascal, Pensées

Le plus grand dérèglement de l'esprit c'est de croire les choses parce qu'on veut qu'elles soient, et non par ce qu'on a vu qu'elles sont en effet. Bossuet, Traité de la connaissance

Je n'aime pas que l'on abîme les hommes. Saint-Exupéry, Terre des hommes

Le diable est dans les détails et doit raffoler des à peu près.

La définition dite de Fouquet, selon laquelle un alcoolique aurait « en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool », est aujourd'hui devenue un stéréotype. Elle a eu le grand mérite d'introduire dans la conscience collective la notion d'alcoolodépendance qui lui était totalement étrangère. Mais avec le temps, il nous semble qu'elle a fini par dévier de son intention initiale et qu'elle devrait être revisitée.

Une bonne définition pose une base de description juste, avec des mots exacts, qui permettent de comprendre et si possible d'agir, même si persiste toujours dans les sciences humaines une part inévitable d'approximation. La « définition de Fouquet » n'est pas satisfaisante puisqu'elle s'applique déjà mal à l'alcoolique dans l'alcool, et ne fait aucune place à l'alcoolique abstiné.

La caractéristique, la spécificité de l'alcoolique, qu'il soit dans l'alcool ou hors alcool, est qu'il ne peut pas boire impunément des boissons alcoolisées.

Le problème se pose donc en termes de pouvoir et non de liberté.

Qu'impliquent ces notions de « liberté » et de « perte » si longtemps privilégiées au détriment de celle de la capacité ? Quels inconvénients lourds y a-t-il à les avoir conservées comme explicatives ? Quels avantages énormes y aurait-il à basculer vers un éclairage par l'axe « capacité-incapacité » ? C'est ce que nous allons examiner.

Sans la moindre irrévérence d'ailleurs à l'égard de Fouquet. Car il avait envisagé cette piste du trésor, la laissant malheureusement inexplorée. Tentons une réorientation.

Exégèse rapide :

La définition originale de Fouquet affirme un manque

Essayant de cerner le trait commun qui réunissait des gens aussi divers que les malades alcooliques dont il avait l'expérience, Fouquet a écrit dans son article initial « Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme », en 1951, que « tous tentent à un recours identique, l'alcool. »

« D'où, poursuit-il, la seule définition valable : être alcoolique, sur le plan clinique et descriptif des faits, c'est n'avoir pas la liberté de s'abstenir de boissons alcoolisées (1). »

Définition dont il reprend le cœur, 12 lignes plus loin, sous une formulation différente mais similaire : « la fondamentale incapacité de fait où se trouve le malade de s'abstenir est sous la dépendance de trois éléments constants... »

Observons, c'est capital, qu'il a hésité entre « non-liberté » et « incapacité » qui lui sont apparus à l'époque équivalents.

Il a retenu la formulation négative des deux termes et non leur contraire « positif » (liberté, capacité).

L'absence, le contraire de la liberté est restée ; la dimension de l'incapacité est passée à la trappe puisqu'elle ne figure pas dans la définition.

Ecrire sans modestie excessive « la seule définition valable » a statufié, si j'ose dire, la liberté, plus exactement sa négation.

Fouquet a eu à l'époque d'autres incertitudes de formulation. Entre « tendre » et « tenter » un recours à l'alcool mentionné ci-dessus, balancement tellement évident qu'il s'est terminé dans la rédaction imprimée par une faute de français et d'orthographe confondant un verbe transitif... avec l'autre de forme intransitive (1).

Cette trace d'une hésitation entre les deux mots, visible dans le texte original, sera reproduite à l'identique sans correction, un demi-siècle plus tard, dans le numéro spécial de la revue consacré à Pierre Fouquet. Indice que des inexactitudes peuvent passer inaperçues de l'auteur lui-même et perdurer ensuite sans rectification (2).

Le manque s'alourdit en perte, « la perte de la liberté »

Dans l'ouvrage de 1983, *Alcoologie*, de Malka, Fouquet et Vachonfrance (3).

« L'incapacité » de s'abstenir est bien mentionnée une dernière fois page 69. Mais en lui adjoignant pour faire bonne mesure la « perte de contrôle de la quantité ingérée », les auteurs concluent : « En réalité ces deux modalités témoignent de la même et fondamentale incapacité à s'abstenir, c'est-à-dire au fond de la perte de liberté vis à vis de l'alcool. »

Et aboutissent page 71 à cette conclusion qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours : « Pour Fouquet (1951) il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool. »

Cette confusion entre « alcoolique » et « alcoolisme » sous la plume d'alcoologues chevronnés laisse perplexe.

La limitation initiale de Fouquet au champ du « plan clinique et descriptif des faits » a disparu ; elle est censée s'étendre désormais à tous les domaines par sa réduction à une allégation qui n'a d'ailleurs aucun contenu réel : « en fait ». La personne (je ne commenterai pas « individu »), ainsi d'ailleurs que la liberté avec ses implications philosophiques, politiques, éthiques, juridiques, pénales, culturelles, françaises (mais en revanche qui n'en possède aucune associée au domaine médical), etc., sont réduites à « en fait ».

Jusqu'ici l'alcoolique n'avait pas la liberté. Désormais, par un second oukase, il l'a perdue. L'aggravation est de taille : c'est donc qu'il l'avait eue, qu'il en avait eu la jouissance mais l'a égarée, dilapidée.

Sans forcer le trait, sous-jacent : cette liberté que tout le monde, tous les autres, les gens normaux, raisonnables, sains (dont moi) conservent sans la moindre difficulté.

L'invention de cette perte élimine la question pourtant toujours irrésolue de savoir si l'alcoolique a ruiné une faculté dont il disposait ou si, à la différence de la majorité de ses concitoyens, il n'en disposait pas.

Dans La Lettre du médecin à la famille de l'alcoolique (4) incluse dans Une thérapeutique de l'alcoolisme, 1966, apparaissait déjà l'allégation de cette perte quand Fouquet écrivait qu'« il s'agit d'une maladie dont je peux résumer le symptôme majeur en une phrase : votre malade avait perdu la liberté de s'abstenir d'alcool ».

Désastres causés par la prétendue liberté et sa perte supposée

Prendre comme explicative la notion de liberté aboutit au contresens. Liberté et pouvoir ont une petite zone de recouvrement où ils sont synonymes : « j'ai la liberté » de signer ou « je ne suis pas libre dimanche » signifient « je peux signer tout seul » et « je ne peux pas, j'ai autre chose de prévu ». Liberté et libre signifient ici pouvoir ou ne pas pouvoir. Mais les principaux sens de liberté dépassent largement le simple fait de pouvoir, ou de ne pas être empêché. Elle inclut le libre-arbitre, c'est-à-dire le pouvoir de décider d'agir ou de ne pas agir, l'absence de contraintes internes ou externes, le choix souverain, un exercice individuel, la pleine possession de ses moyens et la non-soumission à des forces irrationnelles, l'exercice de la volonté (selon le « *Trésor de la Langue Française informatisé* »), tous éléments étrangers à la situation réelle de l'alcoolique dans l'alcool.

La « perte » aggrave la catastrophe : Les principales significations en français d'une perte, toujours selon le « *TLFi* », sont : Ne plus avoir (par suite de mort ou d'abandon), hors de combat, mort, résultat désastreux, ruine, damnation, être privé d'une chose dont on avait la jouissance ou la possession (dont perte d'argent ou de territoire), perte sèche, fait d'égarer, mal utiliser, gaspiller, dissipation, échec subi, perdition... seul le sens figuré « sans fin » échappant à ces qualifications catastrophiques. C'est une mauvaise piste : elle fait croire qu'il y a choix, qu'il aurait pu y avoir un choix différent, qu'il pourra y avoir à nouveau choix. C'est faux. C'est un préjugé. Fondé sur l'apparence, l'illusion. Le contresens s'accroît parce que les significations contenues dans liberté sont plus puissantes que le simple fait de pouvoir, qu'il s'agit d'une faculté noble, prise mais aussi très fortement chargée d'idéologie en France, et que croire à la présence de la liberté est un préjugé unanimement répandu chez les interlocuteurs concernés (alcooliques, médecins, société - dont les proches). Avec l'affirmation de la perte, le sens de liberté bascule complètement : d'empêchement, d'entrave, de prison temporaire, bref de situations admissibles, la perte devient la tare de quelqu'un qui était libre d'être et d'agir autrement et qui a dilapidé, anéanti cette liberté. Par sa faute. Car liberté implique choix volontaire. L'alcoolique est un indigne qui s'est rendu délibérément malade. C'est un coupable. Il avait le choix, il en a fait un mauvais, il est impardonnable. Il est déchu, c'est un perdant... Paradis perdu, fille perdue, perdition, chute ...

La condescendance, le mépris, le rejet à l'égard de l'alcoolique qui a fait si mauvais usage de ses facultés, perceptibles dans la société comme chez les médecins, me paraissent provoqués par la croyance en cette liberté. C'est de sa faute s'il en est là puisqu'il était au départ comme nous qui nous estimons libres. Et, pour certains, ce ne sera même pas une vraie maladie s'ils sont convaincus qu'elle relève principalement de la liberté.

En ce sens on peut se demander si les médecins qui n'abordent pas le sujet de l'alcoolisme quand le patient n'en parle pas lui-même, ou qui s'arrogent le droit de le traiter pour d'autres maux mais en aucun cas pour l'alcool, qui ne l'informent de rien... ne sont pas contaminés par l'idée de ce prétendu libre-arbitre de l'alcoolique.

Une étrange conception de la liberté est apparue : être libre est devenu être libre de boire... de l'alcool. Il s'est produit une confusion entre le normal médical (normal-pathologique) et le normal social

(normatif-marginal, majoritaire-minoritaire). Au lieu de penser qu'être libre c'est boire ce que l'on veut, en tout cas ne pas être assujéti comme l'alcoolique à boire exclusivement de l'alcool, on en est venu à penser que le sujet libre est celui qui peut en boire impunément. C'est-à-dire que la norme culturelle admise dans la société française a été tellement bien introjectée dans cette définition qu'elle a contaminé la norme médicale. Car enfin c'est une surprenante conception de la liberté, une vue déformée de la normalité celle qui considère que boire de l'alcool devrait être la norme et que s'en passer est une déficience.

Au lieu de considérer comme bien-portants les quelques milliards d'humains qui boivent de l'eau potable, elle a décrété que ne pas pouvoir boire d'alcool est une perte. D'une liberté. Incroyable affirmation quand on y réfléchit et combien révélatrice du coriace conditionnement culturel, partagé par l'ensemble de la population, et auquel les médecins n'ont semble-t-il pas échappé.

Si « vous buvez quelque chose ? » ou « on prend un verre ? » sont des questions dont la seule réponse est de choisir son type d'alcool, généralement à l'exclusion de boissons non alcoolisées, on peut sourire à l'évocation d'une liberté si servilement conforme, si formatée.

Doit-on ajouter que l'alcoolique partage entièrement l'aveuglement social généralisé et qu'il est le premier endoctriné à continuer à croire obstinément en sa « liberté » ?

Parler de liberté encourage l'individualisme, le soin et les psychothérapies personnelles fondés sur l'ego, sur l'illusion de la différence entre moi et les autres alcooliques, et celle d'une possibilité de choix. Ce faisant, par myopie, c'est empêcher les soins vraiment indispensables qui sont hors de portée de la psychothérapie individuelle, la mieux conduite fût-elle. Alcoolique et praticien sont alors compagnons de route pour désirer recouvrer cette pseudo-liberté mythique.

C'est au libre choix de chacun ; la préférence pour une thérapie ou une autre est affaire de préférences individuelles ; toutes les opinions s'équivalent...

Croire qu'il s'agit de liberté donne l'espoir de s'en sortir, de la retrouver. Or cette croyance conduit au précipice. Il n'y a en effet aucun espoir, il ne faut laisser aucune attente de cette sorte au dépendant. L'alcoolodépendant croit qu'il a seulement perdu, temporairement, la liberté alors que c'est tout le pouvoir de continuer à boire impunément qui l'a définitivement quitté. C'est lui faire miroiter une fausse piste et l'empêcher de voir que son pouvoir, son véritable pouvoir, est ailleurs. On lui fait croire qu'il est seulement captif d'une prison dont il pourra sortir un jour libre, ou s'évader ; or c'est une geôle fictive (celle de la liberté) et non la cellule réelle (celle de l'incapacité) qui lui est indiquée ! C'est extrêmement pernicieux : les alcooliques périssent en dépit de leurs efforts désespérés. Ils peuvent toujours s'échiner à faire des psychothérapies pour récupérer leur liberté, ils ne trouveront que la mort au bout, par narcissisme flatté, en croyant sincèrement que « eux c'est pas pareil », alors que si justement, eux c'est pareil. Pas pareil que tous leurs « semblables humains » mais pareil à tous leurs « semblables alcooliques ».

Faire intervenir la notion de liberté débouche aussi, par respect pour elle justement, sur la non-prescription systématique du groupe d'entraide puisque c'est à la libre appréciation de chacun, et si vous n'avez pas envie d'y aller, personne ne vous y oblige. D'ailleurs certains en deviendraient, dit-on, « dépendants ». Or votre précieuse liberté m'est si chère...

C'est la porte ouverte à la croyance qu'une fois les problèmes traités il sera possible de reboire, que la dépendance n'est qu'un symptôme, que le contrôle ultérieur est possible.

C'est la tentation donc, par confusion entre gros buveur et dépendant, du fantasme criminel de la « consommation contrôlée » dont aucune étude n'a apporté la preuve qu'elle soit possible, au long cours, dans la perspective d'une qualité de vie satisfaisante. Cette fascination est incompatible avec



l'observation : aucune des grandes associations d'entraide, je l'ai vérifié en posant la question dans une réunion où leurs instances étaient toutes présentes, ne connaît de véritables dépendants qui aient pu reboire « normalement ». Leur appréciation s'appuie sur l'expérience de dizaines de milliers de personnes et sur une durée bien supérieure à ces quelques études aux motivations troubles.

C'est aussi encourager la nostalgie de reboire, l'illusion de reboire un jour, la croyance en l'efficacité de « la volonté » cousine de la liberté, les vains espoirs. Fallacieuse liberté !

La liberté, est en France un terme très chargé, une valeur précisée. Nous sommes, en tout cas nous croyons être libres et nous voulons le rester.

Boire est, pense-t-on, un comportement librement choisi. Bien sûr, on peut se faire surprendre parfois et connaître l'ivresse. Péché véniel.

L'ivrognerie en revanche est un usage dévoyé, méprisable de cette liberté par mon semblable, mon jumeau failli.

Il est bien difficile à quelqu'un qui peut s'arrêter délibérément de boire après un ou deux verres de comprendre qu'une personne qu'il croit libre comme lui ne s'arrête pas d'en absorber, surtout si elle sait que ça va lui attirer des ennuis.

Dans la croyance communément partagée en l'explication par la liberté, si l'on croit que chacun est libre de boire ou de ne pas boire, rien ni personne ne paraît forcer l'alcoolique à boire. On le voit boire de son plein gré. On voit ce qu'on croit, on ne croit pas ce qu'on ne voit pas. Comme dans le tour d'un magicien, on ne saisit pas les ressorts cachés ni la mécanique réelle. La force irrésistible qui oblige l'alcoolique à boire n'est pas perceptible et reste invisible aux yeux de tous puisqu'on n'a envisagé aucune explication de cette sorte. On ne voit que le masque d'une apparence que l'on juge sévèrement. Sincérité n'est pas lucidité.

C'est d'autant plus vrai que notre contemporain effectue une distinction drastique entre risquer d'avaler un aliment dangereux sans aucune liberté de choix (ce qui le terrorise) et se croire libre de décider d'ingérer ou non (ce qui le rend aveugle à tout danger) : Le nvMCJ et le H5NI « hautement pathogène » l'affolent. Avec pourtant moins de morts humaines imputées depuis des années dans le monde qu'une seule journée de C6H5OH en France. Irrationalité totale. Il continue à croire la molécule française et inoffensive pour lui puisque l'alcool lui est familier et qu'il choisit, croit-il, d'en boire.

La liberté serait plus attirée par les croyances illusoire et l'hécatombe que par la protection efficace...

Les objets définis par une double négation s'en tirent rarement à leur avantage.

La définition par la liberté et sa perte, effectuée avec une vue clinique « nez sur le guidon » en présence des seuls alcooliques dans l'alcool, n'a pas paru envisager qu'il puisse un jour exister des alcooliques abstinents et rétablis. La catégorie la plus enviable des alcooliques n'a eu aucune place dans cette définition.

Pourtant ceux-ci, si l'on conserve un instant encore l'explication par la liberté, prouveraient tous les jours à l'observateur qu'ils ne l'ont pas perdue et qu'ils peuvent l'exercer pendant des années.

La liberté ne propose rien à l'alcoolique :

Avoir ajouté sa perte ne fait qu'enfoncer le malheureux : effectivement il a perdu. Tout ; il campe sur un champ de ruines. Il se désole de la perte de l'alcool. Elle lui sautait aux yeux, on ajoute du plomb.

Il a perdu la liberté de boire ; que lui présente-t-on ? L'abstinence, c'est-à-dire ici à nouveau la perte de la boisson. Aucune perspective constructive devant lui.

C'est une présentation qui frôle le sadisme pour l'alcoolique qui croit qu'il a tout perdu de le laisser imaginer que son avenir est un nouveau champ de pertes. La perte à perte de vue.

Je vais vous soigner ; ce que vous allez gagner : une nouvelle perte !

La perte de la liberté, la privation sont contraires à la réalité de l'abstinence. Sans brosser un tableau trop idyllique des premiers temps car la phase de transition n'est pas toujours exempte de souffrances, il est préférable de montrer des perspectives réelles, désirables et encourageantes.

Mais pour cela il vaut mieux avoir fréquenté des alcooliques rétablis, changer de mentalité et d'hypothèses explicatives.

Splendeurs de l'incapacité

L'incapacité comme clef

Ce qui suit concerne uniquement le cas de l'alcoolique dépendant confirmé, le « gros consommateur » est hors champ.

Reprenons la voie envisagée puis délaissée par Fouquet celle qui mène au véritable trésor.

Ce n'est pas la dimension de la liberté qui permet de définir et de comprendre l'alcoolique mais celle du pouvoir et de l'incapacité.

Ce n'est pas la liberté qu'il a perdue mais le pouvoir vis à vis de l'alcool.

Il ne peut plus boire impunément comme la majorité sociale boit « normalement » c'est à dire de façon contrôlable. S'il est encore dans l'alcool, il ne peut pourtant pas faire autrement que de continuer à en ingérer. Qu'il soit intelligent ou stupide, instruit ou ignare, volontaire ou velléitaire, privilégié ou miséreux...

Sa situation relève du domaine, sans choix, de l'impossible et non de celui de la liberté.

L'intolérance définitive de son organisme à l'alcool, doublée d'une appétence, s'accompagne de l'impossibilité pour lui de s'empêcher d'en boire, malgré les pires conséquences. Et s'il a arrêté et qu'il reboit, il rechute et aggrave sa maladie.

C'est cette incapacité fondamentale qui seule le caractérise et le différencie des autres mortels. Poser cette incapacité ouvre des perspectives explicatives insoupçonnées et cohérentes.

1. C'est le couple « capacité-incapacité » qui dans le cadre du pouvoir contient les termes les mieux adaptés (qualité inhérente à la personne et possibilité matérielle d'accomplir ou non une action). Impuissance, impotence, étymologiquement corrects sont à écarter par prudence dans notre époque prométhéenne et quelque peu vaniteuse.

L'incapacité est de l'ordre de l'impossible, de l'inéluctable, donc admissible par toute personne de bon sens et in fine par l'alcoolique. Personne sur terre ne saute 10 mètres à pieds joints, ne court 100 mètres en 5 secondes, ne retient sa respiration 10 minutes sans mourir, ne peut être en même temps à Paris et à New York, avoir un an de moins, etc. Je peux également à titre privé admettre ne plus

avoir 20 ans, avoir perdu à jamais un certain nombre de capacités sans nourrir de regrets particuliers : à partir du moment où l'on comprend que c'est devenu impossible, l'espoir, la nostalgie s'évanouissent, ainsi que l'épuisante perte d'énergie pour tenter en vain d'en retrouver un avatar. Bien loin d'en être mécontent d'ailleurs, je peux même souvent me réjouir intensément de cette perte, d'être débarrassé. Que neuf personnes sur dix puissent continuer et pas moi n'a aucune importance. Si je regarde devant ma porte, mes possibilités actuelles, mises à jour, suffisent amplement à mon bonheur.

L'alcoolique peut enfin voir la réalité en face, s'y confronter, au lieu de se morfondre dans les faux-semblants.

L'incapacité permet de se débarrasser de plusieurs autres contresens :

L'inégalité n'est pas synonyme d'infériorité, ni d'injustice mais de différence.

L'impossibilité n'est pas faiblesse.

Elle évite bon nombre d'autres stigmatisations péjoratives qui prenaient les ombres pour la proie (vice, tare, manque de volonté...).

L'accent n'est plus mis sur la spécificité de chaque alcoolique, les différents types d'alcoolisme mais sur leur ressemblance.

La différence entre l'alcoolique et le reste du monde est minuscule : cette incapacité est le seul trait qui le différencie. Elle est en revanche vitale, c'est son talon d'Achille : pas plus qu'Achille, il ne peut dégarnir son talon sans mourir. Sinon toutes les possibilités de la vie lui sont offertes. Mieux vaut donc se réjouir de la minceur de la protection à consolider plutôt que joindre sa voix à celle des sirènes incultes et s'ingénier à ce qu'il essaie de reboire une coupe pour lui empoisonnée.

Abandonner la liberté c'est quitter le terrain de l'orgueil solitaire, l'illusion acharnée du contrôle à tout prix. Dans l'explication par le pouvoir à l'inverse, comme on sait que reboire est impossible, la tentation s'estompe et l'épuisement associé disparaît ; soulagement.

Aucune menace sérieuse ne plane plus sur le maintien dans le paradis terrestre pour celui qui se sait incapable. C'était croire ce que disait le serpent qui était dangereux, qu'il fallait croquer, qu'il n'y avait pas de danger à croquer. Une fois intégré qu'il ne faut pas écouter le trompeur lové dans l'arbre de la Liberté tout s'apaise... On peut fréquenter l'arbre de la Connaissance...

Retenir l'explication par l'incapacité évite outre la tentation : la déchéance, l'avidité, le sentiment d'échec, la culpabilité, la honte, le mensonge, le déni (on peut dire, on peut en parler, plus besoin de cacher), le « permis-interdit », « droit-pas le droit », injustice (pourquoi moi ?) , victime, l'irresponsabilité, etc. la liste n'est pas exhaustive...

Évités aussi : énormément de souffrances inutiles... et le dévoiement du désir dans les sables.

Quand on y réfléchit sans préjugés, ne plus pouvoir consommer d'alcool est vraiment une incapacité microscopique par rapport au potentiel qu'offre la vie assainie. L'alcoolique perd un arbuste qu'il prenait pour la forêt.

L'incapacité s'applique aussi bien à l'alcoolique dans l'alcool qu'à l'état d'alcoolique abstinant.

L'incapacité permettra à la société de comprendre et de réinsérer l'alcoolique en son sein :

Les Français ont commencé à prendre conscience du danger pour eux de trop boire d'alcool et à diminuer globalement leur consommation. Mais il y a dans leur esprit une incompréhension devant le comportement à leurs yeux absurde de l'alcoolodépendant. La conscience de sa spécificité est inexistante.

Si l'on ne confondait pas l'impossible de nature médicale (maladie comme une autre) avec celui, social, du prétendu choix libre, on ne proposerait pas d'alcool à celui qui, par obligation, n'en boit pas. Le choix offert inclurait certes l'alcool mais aussi, nécessairement, des suggestions de boissons non alcoolisées. Boire non-alcoolisé quitterait la représentation du mépris, dérisoire, inconvenant... et deviendrait une option estimable en toutes circonstances. La liberté et la dignité de base seraient également attachées à ne pas boire alcoolisé.

La liberté vraie, dans une société civilisée, consiste dans toutes les occasions de boire ensemble à pouvoir s'associer convivialement aux autres et choisir des boissons, alcoolisées ou non.

L'inégalité est en général refusée par la société contemporaine qui en revanche admet « la différence » perçue, parfois même considérée comme un droit. « Vulnérabilité », « anomalie » étant des mots techniquement valables mais qu'il vaut mieux éviter d'employer, on peut tourner la difficulté en parlant de différence, de singularité, ou mieux encore de « spécificité » de l'alcoolique.

Les Français, en temps de paix et croyant baigner dans « la liberté », parviennent chaque année, en une seule semaine, à avoir plus de morts par l'alcool que les soldats américains dans l'Irak en guerre n'ont de pertes annuelles (et ce, depuis déjà quatre ans). Quel bruit pour l'Irak, quelle indifférence pour la mortalité alcoolique !

Comme pour les bébés phoques, à un moment on verra le sang... Il viendra bien un temps où les consciences se désembrumeront et où « l'incapacité » apparaîtra flagrante, respectable, admise.

Des pouvoirs modestes mais magnifiques

Quand l'alcoolique ouvre enfin les yeux dans le monde merveilleux de l'incapacité, Dieu, la Nature, un bon Génie ? se présente et lui offre trois pouvoirs modestes mais infiniment précieux :

Celui de ne pas boire,
celui de comprendre qu'il ne peut pas (plus) boire impunément,
celui d'accepter ce fait, d'y consentir, d'accepter son impuissance.
Ces pouvoirs sont vivaces mais fragiles.
Pour s'exercer, ils sont soumis à deux conditions :
ils doivent être appliqués en même temps
et l'alcoolique est incapable de les utiliser seul.

Ils doivent l'être avec l'aide d'alliés qui en ont compris le sens, les énoncent, éclairent, accompagnent ; soignants rémunérés ou non mais bienveillants et, pour les professionnels, bénévoles au sens étymologique.

Si l'aide d'alliés n'est pas sincèrement acceptée par l'alcoolique, ces pouvoirs, superbes car ce sont les graines de la renaissance, demeurent inopérants.

Transfiguration de l'image de l'abstinence (5)

Dans l'explication par la perte de la liberté, la vie après l'alcool était sans perspective : survie végétative, sinistre, privation, manque, horreur, dure à maintenir, lutte incessante, tristesse, terne, puritanisme... bref la vie lugubre d'un enterré vivant.

Dans le contexte de l'incapacité, passés les premières semaines ou mois difficiles, et s'il fait ce qu'il faut pour aller bien, le nouvel abstinent découvre qu'avoir abandonné l'alcool est moins un manque ou une perte qu'un état plus indolore qu'il ne l'imaginait et, surprise, agréable ensuite, calme et apaisant. S'il a compris et accepté son nouvel état il n'éprouve, souvent vite, plus aucun désir d'alcool. Ne plus être obsédé le libère. L'abstinence n'est même plus un but à atteindre mais la simple condition sine qua non pour qu'il existe, comme respirer, manger, ou toute autre nécessité vitale. Le désarroi du changement d'habitudes s'estompe, il se rétablit, le bien-être apparaît. Bien loin d'être une perte désastreuse, l'arrêt de l'alcool s'est transformé en gain permettant la libération, puis une véritable résurrection. La chenille de l'explication négative se métamorphose en papillon.

La liberté retrouvée ne reste plus galvaudée à regretter dérisoirement une substance éthylique devenue poison mortel ; elle n'a même plus à s'exercer dans le maintien de l'abstinence ; elle peut s'employer comme elle le mérite parmi les usages nobles de facultés humaines retrouvées ou, mieux même, souvent découvertes, et s'employer à choisir parmi des critères de vie réajustés. Ayant cessé de se tromper de cible et d'emploi, elle devient une précieuse faculté, parmi d'autres.

Quant au désir, non cramponné au mirage d'une liberté mythique à recouvrer ou à des pseudo satisfactions fantasmées, il a pu repousser et s'investir ailleurs que dans l'illusion.

Supplique pour un partage de pouvoirs humbles et efficaces

Si la clinique et l'enseignement de l'alcoolodépendance incluaient systématiquement la fréquentation de patients rétablis, les soignants finiraient par prendre conscience qu'ils ne soignent pas avec bien peu de résultats des patients bas de gamme atteints d'une maladie peu valorisante. Mais constatant de visu, dirais-je se réjouiraient de voir, qu'ils ont contribué à sauver des malades, à remettre dans le circuit de la vie des personnes atteintes d'une maladie mortelle que l'abstinence suffit heureusement à enrayer, et qu'ils ont initié la transformation décisive.

Mais l'abstinence échappe aux soignants. La rengaine technocratique prétentieuse « la prise en charge » est inopérante. Dès qu'il est sevré c'est à l'alcoolique de se prendre en charge ; c'est à lui que revient de remplir la condition indispensable, ne pas boire ; ce n'est pas le soignant, ni l'administration, qui pourront le faire à sa place.

Ce n'est pas non plus le soignant professionnel, aussi compétent et bienveillant soit-il, qui pourra lui offrir inlassablement la chaleur affective nécessaire à sa survie, la preuve par l'expérience vécue, lui apprendre gracieusement les trucs de métier, être disponible à toute heure en cas de flash, lui offrir la palette et la diversité d'expériences qui lui permettront d'envisager sa nouvelle vie avec un éventail de réponses diversifiées et insoupçonnées par lui, adaptables à son cas ; y compris les indispensables soins spirituels.

L'abstinence de qualité ne s'obtient pas seul, ni avec le seul médecin.

Si l'explication par l'incapacité pouvait être contagieuse, on verrait s'éloigner la tentation de captation du malade par le corps médical uniquement.

A l'opposé, d'autres médecins cesseraient d'éprouver un sentiment désagréable, mais rationnellement infondé, d'impuissance et de gêne devant des patients incompréhensibles. On en verrait alors, parmi ceux qui ne se sentent pas actuellement capables de soigner des alcooliques, ou estiment que ce n'est pas de leur ressort, informer au moins le malade et lui donner l'adresse des réunions ou, au minimum, les coordonnées des sièges des groupements d'entraide, irremplaçables fraternités. Un apport apparemment

modeste et sommaire se révèle souvent indispensable ; et le maniéré inutile. Pas sauver tout seul, pas guérir mais contribuer, ce n'est pas rien.

S'ils se savaient dans le contexte de la nécessité et de l'incapacité, les médecins auraient moins de scrupules à prescrire l'abstinence que s'ils croient que subsiste encore une zone de libre-arbitre. Ils seraient moins vexés de l'usage pitoyable que l'alcoolique fait de sa liberté, moins vexés du déni ; ils comprendraient que l'apparence non gratifiante de ce genre de malade vient surtout d'un système explicatif défaillant : le malade dans l'alcool n'a pas de liberté. Le malade qui ne va pas en groupe, s'il se contente de ne pas boire, guère plus.

Il y a des alcooliques qui ne parviennent pas à s'arrêter et les exemples tragiques sont légion. Mais, au lieu de les laisser « librement » se fourvoyer dans des impasses, on pourrait commencer par leur indiquer la route directe vers Rome et regarder les résultats. Tout le monde gagnerait à un peu de modestie bienveillante. Et curieusement le pouvoir de soigner n'en serait pas amoindri mais décuplé.

Suggestion de définitions constructives se fondant sur l'incapacité

Mal nommer aggrave l'ignorance. C'est ne pas permettre de comprendre, orienter vers des contresens donc nuire.

Les mots : « alcoolique », « dépendance », « alcoolodépendance », « addiction » sont des termes acceptables qui ne sabotent pas la connaissance ;

« L'abstinence » (d'alcool) aussi ; de toute façon il n'y a pas de mot équivalent. Il suffit de redorer son blason en la présentant sous son jour réel pour l'alcoolique, un gain, ce qui la distingue d'abstinences étrangères privatives (sexuelle, religieuse...) et de représentations inadéquates (puritanisme...).

A partir de l'incapacité et d'une formulation positive, nous avons esquissé quelques définitions qui pourraient constituer les éléments d'une compréhension plus appropriée que celle que nous avons contestée.

L'abstinence est une conduite, acceptée et durable, d'abstention totale d'alcool

L'alcoolique est une personne dont l'organisme est définitivement incapable de supporter l'alcool.

L'alcoolique est une personne pour qui l'alcool est une drogue et dont le destin se résume à une alternative simple : continuer à boire et aboutir inmanquablement au désastre, ou au contraire cesser toute consommation d'alcool... et ressusciter, à condition de modifier sa façon de vivre.

En distinguant dans l'alcool ou hors alcool :

L'alcoolique malade est un toxicomane dont l'alcool est la drogue, et qui ne parvient pas à s'en passer malgré le fiasco et une souffrance croissante.

L'alcoolique dans l'alcool est dans l'impossibilité de ne pas continuer à boire.

L'alcoolique sevré est potentiellement apte à la conduite d'abstinence et à la résurrection.

En affinant selon les progrès du traitement :

L'alcoolique éclairé est une personne qui a appris qu'elle est définitivement dans l'incapacité de s'abstenir d'alcool, de ce fait n'en boit jamais... et s'en trouve fort bien.



L'alcoolique avisé est une personne qui a totalement cessé de se droguer à l'alcool, soigne régulièrement son psychisme, et s'en trouve fort bien.

L'alcoolique rétabli est une personne qui a totalement cessé de consommer de l'alcool et vit mentalement sobre.

Ces ébauches laissent à l'art du soin et à la connaissance appliqués leur place immense.

Je ne souhaite faire preuve d'aucune prétention. Mes suggestions, même si elles sont pertinentes actuellement, seront sans doute un jour datées et dépassées. Mais comme il s'agit de soigner, et que jusqu'ici les résultats sont relativement modestes, on peut essayer d'améliorer la situation, en nommant juste, donc en pensant plus exact, et en sentant plus humainement. Parlons-en, discutons... et nous ferons avancer le propos.

Principales Associations d'entraide d'alcooliques

<http://www.alcooliques-anonymes.fr>

<http://www.alcoolassistance.net>

<http://www.croixbleue.fr>

<http://www.vielibre.org>

Remerciements. — A propos du sens des mots, l'auteur exprime toute sa gratitude aux créateurs et aux collaborateurs des dictionnaires informatiques du *Trésor de la Langue française* et de « TV5 Mediadico ».

REFERENCES

1. Fouquet P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *L'Evolution psychiatrique* 1951 ; 234.
2. Fouquet P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 supplément au N° 2 : 30 S.
3. Malka R, Fouquet P, Vachonfrance G. *Alcoologie*. Masson 1983 ; 69-71.
4. Fouquet P. Lettre du médecin à la famille de l'alcoolique. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 supplément au N° 2 : 66 S.
5. Veissière P. In vivo veritas. L'abstinence privation sinistre ou sésame ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (1) : 45-50.

Conférences et Événements à Venir

- **Addictologie et Douleur – 1ères Journées de l'Océan Indien**



Date/Lieu : 5-6 décembre 2024 – Lux Hôtel, La Réunion ; 7 décembre 2024 – Clinique Eucalyptus, La Réunion

- **JSFA 2025**



Date/Lieu : 26-27 mars 2025, Ministère de la Santé, Paris / en hybride

Détails : Programme et inscription à venir <https://jsfa.fr/>

- **ESBRA 2025**

- **Date** : 4-6 septembre 2025 – Bruxelles, Belgique
- **Président**: Pr Philippe de Timary
- **Site web** : <https://www.esbra.com>

- **EUFASD 2026 :**



Titre : 8e Conférence Européenne sur le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
Date/Lieu : 13-16 septembre 2026 – Amiens, France

Appel à candidatures – Comité éditorial de la Revue Alcoologie et Addictologie



LE PROJET EDITORIAL

Le projet éditorial détaillé est disponible sur le site <https://sfalcoologie.fr/revue/>

Alcoologie et Addictologie est une revue scientifique à comité de lecture. Elle publie des articles de recherche et de santé publique, ainsi que des articles offrant des perspectives contribuant à améliorer la qualité de la prévention et des soins pour les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives.

RUBRIQUES

- Recherche (étude originale et revue systématique)
- Mise au point
- Pratique clinique.
- Regard critique, incluant toute opinion constructive.
- Libres propos.
- Compte rendu de congrès.
- Analyses : recherche internationale et livres.

PROCESSUS D'ÉVALUATION DES MANUSCRITS

Les manuscrits sont d'abord évalués par le rédacteur en chef sur la base des critères suivants (quand ils sont applicables) : originalité et actualité, clarté rédactionnelle, adéquation de la méthodologie, validité des données, consistance des conclusions en rapport avec les données, adéquation du sujet au cadre du projet éditorial. Les manuscrits qui ne remplissent pas ces critères sont rapidement refusés. Sinon, ils sont adressés à un rédacteur associé chargé d'organiser une double lecture qualifiée du manuscrit. Alcoologie et Addictologie fait en sorte de communiquer une première décision dans les 8 semaines après la soumission.

Les auteurs peuvent faire appel de la décision, une décision finale sera transmise aux auteurs après un nouvel examen par le rédacteur en chef.

POLITIQUE ÉDITORIALE

Aucun manuscrit, en tout ou partie, soumis à la revue ne peut être soumis simultanément à un autre journal. Le manuscrit ne doit pas avoir été publié dans autre journal ou sous tout autre support permettant de le citer (site internet). Il revient aux auteurs de s'assurer qu'aucun élément du manuscrit n'enfreint les règles du copyright ou les droits d'un tiers.

ÉTHIQUE

La soumission d'un manuscrit à Alcoologie et Addictologie implique que tous les auteurs ont lu et donné leur accord sur son contenu. Toute recherche expérimentale rapportée doit être réalisée après accord du Comité d'éthique adéquat. Un travail de recherche expérimentale ne disposant pas de l'accord préalable d'un comité d'éthique pour des motifs valables pourra cependant être accepté pour parution sous la rubrique Pratique clinique. Les études chez l'homme doivent être en accord avec la Déclaration d'Helsinki, et les recherches expérimentales chez l'animal suivre les recommandations reconnues au plan international. La mention au doit en figurer expressément dans le paragraphe Méthodes du manuscrit. Lorsqu'un article comporte des informations cliniques ou des photographies de patients, l'auteur doit mentionner l'obtention de leur consentement éclairé et le consentement écrit et signé de chaque patient doit être disponible si le comité de rédaction en fait la demande.

LIENS D'INTÉRÊT

Alcoologie et Addictologie demande aux auteurs de déclarer tout lien d'intérêt potentiel, d'ordre financier ou autre, en relation avec leur travail. Il convient de les lister à la fin de l'article. En l'absence de lien d'intérêt, l'information suivante sera mentionnée : "Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt".

POLITIQUE DE RECHERCHE

Alcoologie et Addictologie encourage les initiatives visant à améliorer la qualité des travaux de recherche biomédicale. Les auteurs sont encouragés à utiliser les références disponibles, par exemple les critères CONSORT pour les essais contrôlés randomisés. Alcoologie et Addictologie soutient l'enregistrement des essais cliniques.

CITATION D'ARTICLES DE ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Il convient de citer les articles publiés dans Alcoologie et Addictologie de la même manière que les articles de tout autre journal, selon le schéma suivant :

Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010 ; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans la revue sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 22-5 et L 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).



Coûts de publication

Les coûts de publication dans Alcoologie et Addictologie sont pris en charge par la revue, aucune participation financière n'est demandée aux auteurs.

Tiré à part

Un tiré à part au format électronique, à diffusion limitée, est envoyé gracieusement à l'auteur correspondant.

Pour toute demande, contacter le secrétariat de rédaction

sfa@sfalcoologie.fr

Rédacteur en chef : Pr Amine Benyamina, Société Française d'Alcoologie, Tél.: + 33 6 60 58 06 05 - Courriel :

revue@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>



ABOUT THE JOURNAL

For further information, please refer to <https://sfalcoologie.fr/revue/>

Alcoologie et Addictologie is a peer reviewed scientific journal that provides a forum for clinical and public health, relevant research and perspectives that contribute to improving the the quality of prevention and care for people with unhealthy alcohol, tobacco, or other drug addictive or behaviors.

PUBLICATION

- Research (Original studies and Systematic reviews)
- Reviews.
- Clinical practice includes case reports and case studies.
- Critical eye includes all sound, constructive and contributory reflections and opinions.
- Letters to the editor.
- Meeting reports.
- International research analysis and Book reviews.

PEER-REVIEW POLICIES

Manuscripts are first evaluated by the Editor-in-Chief based on the following criteria (where applicable): originality and timeliness, clarity of writing, appropriateness of 10 research methods, validity of data, strength of the conclusions and whether the data support them, and whether the topic falls within the scope of the journal. Manuscripts that do not meet these criteria are rejected promptly. Otherwise, manuscripts are sent to the Associate Editor entrusted with organizing relevant expertise for evaluation. Alcoologie et Addictologie aims to provide a first decision within 8 weeks of submission. Authors may appeal a decision, and the Editor-in-Chief will normally consider the appeal and make a final decision.

EDITORIAL POLICIES

Any manuscript, or substantial parts of it, submitted to the journal must not be under consideration by any other journal. In general, the manuscript should not have already been published in any journal or other citable form. Authors are required to ensure that no material submitted as part of a manuscript infringes existing copyrights, or the rights of a third party.

ETHICAL GUIDELINES

Submission of a manuscript to Alcoologie et Addictologie implies that all authors have read and agreed to its content. Any experimental research that is reported in the manuscript should be performed with the approval of an appropriate ethics committee. Manuscript reporting experimental research without prior approval from an ethics committee can be considered as Clinical practice if a reasonable justification is provided. Research carried out on humans must be in compliance with the Helsinki Declaration, and any experimental research on animals must follow internationally recognized guidelines. A statement to this effect must appear in the Methods section of the manuscript.

For all articles that include information or clinical photographs relating to individual patients, informed consent should be mentioned, written and signed consent from each patient to publish must also be made available.

COMPETING INTERESTS

Alcoologie et Addictologie requires authors to declare any competing financial or other interest in relation to their work. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles.

Where an author gives no competing interests, the listing will read "The author(s) declare that they have no competing interests"

STANDARDS OF REPORTING

Alcoologie et Addictologie supports initiatives aimed at improving the reporting of biomedical research. Authors are encouraged to make use of checklists available such as CONSORT criteria for randomized controlled trials. Alcoologie et Addictologie also supports prospective registering and numbering of clinical trials.

CITING ARTICLES IN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Articles in Alcoologie et Addictologie should be cited in the same way as articles in a traditional journal.

Article citations follow this format:

Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Any complete or partial reproduction or representation, by any process, of the pages published in the journal, without the publisher's permission, is prohibited and constitutes an infringement of copyright. Only reproductions strictly reserved for private use and not intended for collective use and brief quotations, justified by the scientific or informative nature of the article from which they are taken, will be authorized (art. L. 122-4, L. 122-5 and L. 335-2 of the french Intellectual Property Act).

Publication costs

The publication costs for Alcoologie et Addictologie are covered by the journal, so authors do not need to pay an article-processing charge.

Offprint

An electronic offprint (PDF format)- limited distribution - is sent free of charge to the corresponding author.

For further information, please contact: sfa@sfalcoologie.fr

Editor-in-Chief: Pr Amine Benyamina, Société Française d'Alcoologie, Tel.: + 33 6 60 58 06 05 - E-mail : revue@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>