

- [5] Kabat-Zinn J. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR ou réduction du stress basée sur la mindfulness. Paris, France: Éditions J'ai lu; 2013.
- [6] Marlatt GA, Bowen S, Lustyk MKB. Substance abuse and relapse prevention. In: Germer CK, Siegel RD, editors. *Widson and compassion in psychotherapy, deepening mindfulness in clinical practise*. New York, USA: The Guilford Press; 2012.
- [7] Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav* 2013;38:1563–71.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.005>

S12B

Comment conjuguer approche psychothérapique et nouveaux paradigmes pharmacologiques ?

H.-J. Aubin

Département de psychiatrie et d'addictologie, hôpital Paul-Brousse, 94800 Villejuif, France

L'Agence européenne des médicaments a récemment approuvé la mise sur le marché du premier médicament visant la réduction de la consommation chez les personnes alcoolodépendantes. Jusque là, tous les médicaments proposés dans l'alcoolodépendance s'adressaient à des patients devant viser (implicitement ou explicitement) l'abstinence. Ce nouveau paradigme pharmacologique a évidemment un impact marqué sur l'approche psychothérapique des patients.

Entretien motivationnel.— Le nouveau paradigme pharmacologique permet de renforcer l'idée que le choix de l'objectif du traitement (réduction ou abstinence) ne doit pas être imposé par le thérapeute, mais sera le fruit de l'interaction thérapeute-patient. Le respect du choix de l'objectif par le patient permet d'éviter le phénomène de « réactance psychologique », phénomène induit par la menace d'entraver la liberté d'action d'un individu. La réactance psychologique se manifeste par la tentative de restaurer cette liberté perdue. D'où des réactions paradoxales à la prescription de l'abstinence par le thérapeute.

Thérapie cognitivo-comportementale de l'alcoolodépendance.— Les programmes les plus classiquement proposés en France sont orientés vers l'abstinence. Les stratégies classiques de gestion du *craving* ou le développement d'un plan d'urgence pour faire face à un faux-pas sont typiquement adaptées à l'objectif de l'abstinence, mais pas à celui de la réduction. De nouveaux principes doivent être intégrés pour la réduction de la consommation d'alcool : définition de l'objectif de consommation (fréquence, quantité, situations), monitoring rigoureux, et stratégies de modération de la consommation (rythme, alternance avec boissons non alcoolisées, . . .). Finalement, alors que l'état d'esprit de la prise en charge est notablement modifié avec l'intégration du nouveau paradigme vers plus de souplesse et d'acceptation par le thérapeute, l'essentiel des composantes psychothérapiques reste similaire à l'approche classique orientée vers l'abstinence.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.006>

S12C

Quels programmes d'éducation thérapeutiques pour les patients alcoolodépendants ?

J. Geneste-Saelens

UPP, CHU Gabriel-Montpied, 63000 Clermont-Ferrand, France

Dans sa définition classique l'éducation thérapeutique est conçue comme l'aide apportée au patient pour comprendre sa maladie et les traitements, collaborer aux soins et devenir compétent dans la gestion de sa pathologie. Les programmes de prise en charge addic-

tologiques en thérapie comportementale et cognitive rencontrés dans les établissements de soins, notamment centré sur la prévention de la rechute, sont déjà largement centrés sur ces objectifs.

La difficulté pour nous, intervenant dans le champ de l'alcoologie, est sans doute de redéfinir le champ de l'éducation thérapeutique au sein de l'ensemble des soins apportés, ce qui revient en partie à se poser la question de l'intérêt que nous avons à rebaptiser une partie de nos prises en charge « éducation thérapeutique ».

En ce qui concerne leurs finalités, on pourrait ici résumer celle des soins par la sortie de la dépendance et celle de l'éducation thérapeutique par la gestion des contraintes que cette dépendance induit au long cours, même stabilisée. Le temps de l'éducation thérapeutique serait alors secondaire à la stabilisation de la maladie.

Si nous retenons comme cible principale de l'éducation thérapeutique, l'objectif de vivre avec sa maladie, il va de soi que cela engage, en plus des compétences, des réaménagements psychologiques et identitaires nécessitant un accompagnement ne pouvant se limiter à l'apprentissage d'outils et/ou de transmission de savoirs. Il s'agit d'un vrai travail d'acceptation à accompagner et à ne surtout pas réduire à la simple question de reconnaissance du trouble (de façon catégorielle) face à un tiers.

Les programmes d'éducation thérapeutique en alcoologie se doivent d'être particulièrement attentifs aux différents aspects du trouble (cognitif, émotionnel et comportemental) afin de permettre cette acceptation.

Enfin, au sujet de l'acceptation, un dernier point mérite d'être souligné en ce qui concerne l'objectif de consommation « contrôlée » ou d'abstinence qui sera choisi. En effet, qui dit « éducation thérapeutique » dit promotion de l'autonomie du patient, et, dans ce contexte, il est important d'appréhender la capacité des soignants à accepter et accompagner les patients, à travers ces programmes, dans leurs objectifs de consommation.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.007>

Salles d'injection à moindre risque : quelles preuves d'efficacité ?

Président : G. Dupuy, CSAPA, hôpital Fernand-Widal, 75010 Paris, France

S22A

Revue de la littérature internationale : quel bénéfice clinique attendu au plan individuel des salles d'injection à moindre risque ?

P. Polomeni

CHU Paris Seine Saint-Denis, site René-Muret, 93270 Sevran, France

Mots clés : Réduction morbi-mortalité ; Consommation supervisée ; Évaluation ; Parcours de soin

Introduction.— L'intérêt de lieux permettant à des usagers de drogues intraveineuses de s'injecter l'héroïne avec de bonnes conditions d'hygiène et avec une « supervision », pose question, en particulier en termes de stratégie personnalisée de soins. Une analyse des données internationales sur ce sujet peut nous donner des arguments d'aide à une décision.

Méthode.— Dans la suite de l'expertise collective Inserm qui avait étudié la bibliographie internationale jusqu'en 2010, nous avons fait des recherches sur Medline avec plusieurs mots clés, en axant l'étude sur le bénéfice individuel, et en privilégiant les textes récents.

Résultats.— Le nombre d'articles utilisables est peu important. Ils proviennent en grande partie de l'étude de centres pionniers. Une réduction des overdoses est démontrée, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux soins.

Discussion.– Cette réflexion implique que notre position soit claire sur : la population cible et ses caractéristiques, les méthodes de soins déjà employées en France et leurs résultats, les objectifs réalistes attendus d'une « nouvelle » technique d'approche de ces patients. La bibliographie actuelle apporte quelques éléments de réponse, très marqués cependant par un effet « Région » (une histoire locale). Plusieurs articles interrogent sur l'exportation de cet outil, « préventif et d'accès aux soins ».

Conclusion.– Les données scientifiques pour évaluer les bénéfices cliniques des salles d'injection à moindre risque, sont limitées mais donnent des arguments en faveur de l'outil considéré. Il n'est cependant pas possible de s'extraire d'une analyse plus globale du système de santé en cours en France et de ses résultats, et de prendre en compte les aspects locaux.

Pour en savoir plus

Expertise Collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Les éditions Inserm, 2010.

Jauffret-Roustide M, Pedrono G, Beltzer N. Supervised consumption room: the French Paradox. *Int J Drug Policy* 2013.

Jozaghi E, Andresen MM. Should North America's first and only supervised injection facility be expanded in British Columbia, Canada? *Harm Reduct J* 2013;10:1.

Marshall BD et al. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet* 2011;377(9775):1429–37.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.008>

S22B

Revue de la littérature internationale : quel rapport bénéfice/risque en santé publique des salles d'injection à moindre risque ?

F. Dubois-Arber

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, centre hospitalier de Lausanne, 1010 Lausanne, Suisse

Mots clés : Usagers de drogue ; Salles d'injection ; Réduction des risques

Introduction.– Les salles d'injection (SI) à moindre risque ont été mises en place dès 1986 dans quelques pays européens et en Australie, plus tard au Canada. Elles poursuivent plusieurs objectifs : atteindre les usagers particulièrement vulnérables, réduire les risques, la morbidité et la mortalité liés à l'injection de drogues et faciliter l'accès aux soins. Ces dispositifs ont donné lieu à des débats nourris et ont fait l'objet de recherche et d'évaluation, qui permettent une analyse critique de la situation.

Méthode.– Revue de la littérature centrée sur les bénéfices et les effets indésirables possibles des SI dans plusieurs domaines de la santé publique : pratique de l'injection, risques infectieux liés à l'injection, nuisances pour la société (injection dans l'espace public, délinquance liée à la drogue).

Résultats.– La revue a mis en évidence les éléments suivants. Les SI sont capables d'attirer les populations ciblées. Elles ne conduisent pas à une augmentation du nombre de personnes qui s'injectent ou du nombre d'injections pratiquées. Elles permettent une amélioration de l'hygiène de l'injection, une meilleure sécurité et une diminution des pratiques à risque de transmission de maladies infectieuses rapportées par les usagers. Les difficultés méthodologiques pour effectuer des études de type essai randomisé dans ces milieux ne permettent pas d'affirmer avec certitude une diminution de l'incidence ou de la prévalence des maladies infectieuses attribuable spécifiquement aux SI, mais les comportements observés et rapportés vont dans ce sens. L'injection dans les lieux publics diminue et il n'y a pas d'augmentation de la délinquance liée à la drogue.

Conclusion.– L'évidence disponible, même incomplète, permet d'affirmer que les principales craintes à l'égard des SI ne sont pas fondées et que celles-ci peuvent apporter des bénéfices en termes de santé publique.

Pour en savoir plus

Expertise collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris: Éditions Inserm, 2010.

Hedrich D, Kerr T, Dubois-Arber F. Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: Rhodes THD (ed.). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2010:305–3.

Pinkerton SD. How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *Int J Drug Policy* 2011;22(3):179–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.009>

S22C

Résultats de l'expérimentation éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) par Médecins du Monde, Paris

M. Debrus, E. Avril, V. Rogissart, A. Kartner, M.-D. Pauty, J.-F. Corty

Médecins du Monde, 75018 Paris, France

Mots clés : Injection par voie intraveineuse ; Éducation pour la santé ; Réduction des risques

Problématique.– Nous savons désormais que la mise à disposition de matériel stérile et sa distribution ne suffisent pas pour contrer la transmission du virus de l'hépatite C, alors que cela l'a été pour la transmission du VIH. Les actions d'information se montrent insuffisantes et nous observons souvent un décalage entre les pratiques déclarées par les personnes et la réalité.

Action.– Dans une perspective de santé et afin de répondre aux besoins exprimés par les usagers, Médecins du Monde a lancé fin 2010 un programme pilote d'éducation aux risques liés à l'injection (projet ERLI). Celui-ci propose aux usagers de drogues par voie intraveineuse des séances éducatives à la fois théoriques et pratiques au cours desquelles des intervenants travaillent avec un usager, à partir de ses réelles pratiques d'injection, à l'acquisition de compétences permettant à la personne, de manière autonome, de mieux se protéger et de prendre soin de sa santé.

Résultats.– Depuis 2010, l'équipe a inclus plus de 160 personnes et réalisé plus de 700 séances d'accompagnement à l'injection en collaboration avec les CAARUD Gaïa Paris et Sida Paroles à Colombes. Notre expérience révèle que ce type d'action se montre indispensable pour mieux connaître les réelles pratiques des usagers et les facteurs impliqués dans la gestion des risques liés à l'injection, pour adapter nos messages de réduction des risques et nous assurer de leur bonne compréhension.

Perspectives.– Une recherche, soutenue et financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS), a été développée avec AIDES et l'Inserm de Marseille. Les résultats sont attendus pour 2014. Médecins du Monde et AIDES souhaitent ainsi que cette pratique puisse se diffuser à l'ensemble des CAARUD de France, plus de 130 sur tout le territoire.

Pour en savoir plus

Aubisson S, Carrieri P, Lovell AM, Ben Diane MK, Pertti-Watel P, Spire B. Quels nouveaux outils pour prévenir et évaluer les pratiques à risque chez les injecteurs de drogue face au VHC? Réflexions sur les salles d'injection et les outils de mesure des prises de risques. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006;54:1S69–1S75.

Inserm, Expertise Collective. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations, 2010.

Treloar C, Laybutt B, Jauncey M, Van Beek I, Lodge M, Malpas G, et al. Broadening discussions of "safe" in hepatitis C prevention: a close-up of swabbing in an analysis of video recordings of injecting practice. *Int J Drug Policy* 2008;19:59–65.