

Interview de **Jean-Michel Delile**, psychiatre, directeur du Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions (CEID) et président de la Fédération addiction.

1- La Fédération Addiction s'est mobilisée pour aider les acteurs de l'addictologie pendant ce confinement. Vous-même vous êtes intervenu pour alerter sur ce que cette situation particulière pouvait engendrer pour les personnes dépendantes aux substances ou aux comportements. Qu'avez-vous constaté sur le terrain ?

Il est bien établi en effet que le stress est, pour les personnes dépendantes, un puissant déclencheur du besoin impérieux de consommer. Nous pouvions donc penser que l'angoisse ambiante liée au COVID, encore amplifiée par le contexte parfois oppressant du confinement et la diminution des régulations sociales, risquait d'entraîner chez ces personnes une aggravation de leurs consommations. D'autre part, beaucoup craignaient de « tomber en manque », l'angoisse cardinale des « addicts », avec la crainte que leur « approvisionnement » (en drogues illicites, en traitements de substitution aux opiacés ou en anxiolytiques...) ne fût interrompu. Nous pouvions donc craindre des consommations en « dents de scie » en fonction des arrivages et donc un risque accru d'overdoses (OD).

En tout début de confinement, les sollicitations les plus pressantes et angoissées venaient donc de personnes dépendantes qui voulaient s'assurer que nous poursuivrions bien les prises en charge et les prescriptions (TSO et stupéfiants en particulier) et que nous pourrions accompagner d'éventuels sevrages à d'autres produits.

C'est pourquoi nous nous sommes immédiatement mobilisés pour solliciter de l'ANSM et de la DGS des mesures permettant le renouvellement facilité par les pharmaciens eux-mêmes des traitements en cours, stabilisés, y compris pour les stupéfiants. Nous saluons d'ailleurs la rapidité avec laquelle les Autorités sanitaires ont répondu favorablement à cette demande. De même les mesures prises sur la naloxone (antagoniste opioïde) ont pu faciliter sa diffusion et limiter les risques d'OD.

L'autre urgence a été de continuer à accueillir les usagers de drogues sans-abri qui n'avaient nulle part où se confiner et n'avaient plus aucune recette de la « manche ». Ils venaient dans les CAARUD demander des matériels de réduction des risques (RDR) bien sûr mais aussi de l'eau, des colis alimentaires, des kits d'hygiène.

Nous avons donc tenté de maintenir un accueil « physique » en horaires réduits dans nos CSAPA et CAARUD pour toutes ces personnes en développant en parallèle des plateformes téléphoniques d'accueil et d'écoute pour assurer la continuité des soins et répondre aux nombreuses autres demandes qui sont apparues dans cette période : problèmes de conflits et de violences familiales, plaintes de parents confrontées à un ado enfermé des journées et des nuits entières dans sa chambre avec son ordinateur, perte de contrôle sur des jeux d'argent en ligne, décompensations psychiatriques, etc.) Il a fallu également développer les actions des équipes mobiles pour aller au-devant des usagers les plus précaires (squats, tentes, centres d'hébergement d'urgence, etc.)

En revanche, beaucoup d'appels aussi de personnes qui souhaitaient en quelque sorte tirer parti de cette expérience de sevrage forcé pour tenter d'arrêter ou de réduire des consommations de cannabis, de cocaïne, d'alcool ou de sucreries par exemple. Beaucoup de ces demandes d'aide à la réduction des consommations ont pu être accompagnées par téléphone, ce qui était une pratique relativement nouvelle pour nous, en nous appuyant notamment sur les supports de programmes tels qu'AlcoChoix +.

La récente étude de Santé publique France a ainsi établi qu'un quart des Français avaient réduit leur consommation d'alcool pendant cette période contre « seulement » 11 % qui l'avaient augmentée (ceux qui également présentaient les plus importantes vulnérabilités anxieuses ou dépressives, conformément au « modèle » addictif).

La relance du « *Dry January* », initiée par l'association Adixio2 en lien avec la Fédération Addiction, les nombreuses alertes médiatiques, la mobilisation des groupes d'auto-support et des aides en ligne (27 % d'appels en plus sur cette période pour ADalis) ainsi que les efforts des différents acteurs institutionnels ou associatifs des réponses aux addictions, ont pu aider les personnes concernées à reprendre le contrôle de leurs usages et, si besoin, à établir un contact avec les différentes propositions de soins et d'accompagnement.

Pour les 200 associations du réseau de la Fédération Addiction, il est important de préserver et accentuer cette dynamique, où chacun, ville, hôpital, médico-social et auto-support, apporte ses spécificités d'accompagnement pour la réussite d'un déconfinement qui doit associer contrôle de l'épidémie et reprise d'une vie sociale et économique.

2- Selon vous, est-ce qu'après ce confinement il y a un risque de voir augmenter la consommation de substances psychoactives et les comportements excessifs : plus de jeux en ligne, plus d'Internet, de jeux vidéo, de troubles du comportement alimentaire... ?

Il est possible que puissent se produire, au moins de façon passagère, quelques phénomènes de « rattrapage », avec des excès à la suite d'une période de restriction relative. C'est ce que l'on observe bien en anthropologie où l'on voit comment des périodes de restrictions ou de jeûne comme celle du Carême (quarante jours en latin...) sont encadrées de fêtes (Pâques) ou d'excès tolérés, voire même prescrits (Carnaval, Mardi gras). C'est ce que l'on peut observer aussi de manière individuelle chez les sortants de prison par exemple avec un risque accru d'OD. Cependant, la levée du confinement est très progressive sans effet réellement libérateur, le virus rôde toujours... Il sera intéressant d'observer les évolutions lors de l'étape plus significative de déconfinement annoncée pour juin avec la réouverture des bars, des restaurants et l'approche des vacances estivales.

D'autre part, beaucoup de personnes retrouvent des conditions de vie moins atypiques, des rythmes, des routines professionnelles, une vie familiale plus « détendue », ce qui devrait contribuer à limiter, à l'inverse, les risques d'excès durables. Il en va de même de la diminution de la tolérance collective, populationnelle, à l'alcool qui a fortement diminué pendant le confinement avec une baisse sensible des niveaux de consommation.

En revanche, ce qui est plus à craindre, me semble-t-il, c'est l'éventuel impact socio-économique différé de la crise du COVID. Si les nombreuses politiques de relance initiées au plan national et international ne permettent pas d'éviter ou de réduire une importante crise économique avec son cortège de faillites, de licenciements, de chômage, de problèmes de logement, de crises familiales, d'insécurité sociale... Ces éléments-là, on le sait, sont fortement et durablement « addictogènes ».

3- Est-ce que c'est encore trop tôt pour « tirer des enseignements » de ce confinement en matière de prise en charge des personnes addictes et pouvez-vous déjà nous faire part de ce que cela va changer dans vos pratiques

Il est sans doute un peu tôt, nous sommes encore pris dans l'action. Néanmoins, nous avons pu déjà observer un certain nombre de phénomènes qui sont autant de leçons pour l'avenir.

- Les autorisations administratives facilitant, pour les patients stabilisés, le renouvellement des ordonnances, y compris de stupéfiants et de TSO, par fax, télétransmission ou par le pharmacien lui-même, a considérablement soulagé les patients (notamment ceux qui venaient de loin), facilité le travail des médecins et libéré du temps pour être plus rapidement disponible pour les situations instables ou nouvelles. Ces dispositions gagneraient donc à être adaptées pour pouvoir être maintenues à l'issue de la crise.
- Les suivis par téléphone ou en vidéo ont été, dans bien des situations, également appréciés aussi bien par les professionnels que par les patients et pourraient de

même devenir une option durable d'offre de traitement, en alternance éventuellement avec des rencontres physiques. Ils ne sauraient remplacer tout le temps, ni dans toutes les situations ou indications, les entretiens traditionnels mais sont également intéressants pour limiter les déplacements parfois lointains des patients et donc l'accessibilité au service.

- La plupart des services ont mis en place des plateformes d'accueil et de soutien téléphonique, en complément de la poursuite des suivis déjà engagés. Le temps libéré par ailleurs permettait de garantir un rappel dans la journée et une évaluation dans la journée pour les nouveaux venus, ce qui était plus rapide qu'habituellement, de même pour les consultations médicales.
- Les services bénéficiant déjà de dispositifs de dépistage VIH/VHC ont pu promouvoir l'utilisation de ce savoir-faire face au COVID (TROD CoV, et même PCR par endroits). Notre culture de biologie délocalisée, au plus près des patients dans les lieux qu'ils fréquentent, est vraiment un atout pour les plus précaires en dehors des parcours de soins. Nous contribuons donc à la surveillance épidémiologique et aux diagnostics différés de COVID. Cette dynamique au sein d'équipes médico-sociales est à promouvoir car elle offre des perspectives d'approche réellement intégrative dont on sait que c'est une condition de réussite face à des situations complexes.
- Un autre constat, mais que nous avons déjà fait auparavant, c'est le caractère indispensable du travail des équipes mobiles pluridisciplinaires telles que celle que nous avons pu mettre en œuvre en partenariat avec des équipes sanitaires et des équipes sociales pour accompagner les sans-abris, les Equipes sanitaires mobiles, les centres d'hébergement d'urgence ou de « desserrement ». L'expérience actuelle devrait aider à les promouvoir encore. Il est à noter que, souvent, ces équipes ont bénéficié de l'appui de médiateurs-pairs qui sont restés très investis dans toute cette période.
- Ces centres d'hébergement « provisoires » où l'accueil inconditionnel est la règle (y compris souvent par rapport aux consommations de produits et aux animaux de compagnie) devraient rester ouverts et continuer à bénéficier de l'appui de ces équipes mobiles.

Mais finalement, une des leçons que nous tirons de cette période difficile, c'est que notre « petit » secteur a tenu dans cette tourmente, aussi bien en ambulatoire qu'en résidentiel, et que, loin de baisser les bras, nous avons continué à être là, aux côtés de nos patients et à trouver avec eux de nouvelles pistes d'accompagnement. Comme on le sait, les périodes de crise, d'angoisse, sont aussi des périodes où l'on ressent plus intensément l'importance et la qualité des relations humaines. Les discussions informelles, sur le trottoir d'un CAARUD, autour d'un panier alimentaire, même avec des masques cela ne s'oublie pas. Professionnels et patients, nous avons ainsi vécu ensemble des moments d'émotion, intenses et partagés, tout ceci nous aidera évidemment à travailler encore mieux ensemble à l'avenir.