



## SOMMAIRE

### → ADDICTOLOGIE

- Psychomotricité : spécificités et intérêts en addictologie
- Symptômes psychotiques transitoires induits par la cocaïne

- Cannabis et troubles psychiatriques
- Classement comme stupéfiants de l'ensemble des drogues de synthèse de la famille des cathinones

### → TABACOLOGIE

- Enquête Tabac et psychiatrie : premiers résultats

### → LIRE UTILE

### → ACTUALITÉ

### → AGENDA

L'organisation de filières de soins en addictologie est devenue aujourd'hui incontournable. Il est nécessaire de mener à bien cette réflexion, en partageant nos expériences et pratiques et en développant les outils permettant une meilleure coordination des soins et des actions de prévention.

Il faut favoriser les collaborations entre les différents secteurs et professionnels de l'addictologie, entre l'addictologie et la santé mentale, proposer des programmes innovants à destination des jeunes, des femmes et d'autres publics spécifiques (personnes sortants de prison, précaires..).

Convaincu de l'importance de cette dynamique, le Respadd s'est engagé depuis plusieurs mois à développer des actions à destination des professionnels de santé libéraux, à favoriser l'émergence de groupes de travail transversaux et à promouvoir les interfaces entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social. Le catalogue de formation du Respadd reflète cet engagement en proposant de nouvelles formations en collaboration avec l'Association francophone pour le développement de l'entretien motivationnel ainsi qu'avec la Fédération addiction.

C'est également en collaboration avec la Fédération addiction que nous vous proposons le 5 décembre une conférence dédiée aux infirmiers(ères) et à leur place centrale dans la pré-



vention et la prise en charge des addictions. Placée sous le haut patronage du ministère de la Santé, cette journée sera rythmée par des plénières et des tables rondes illustrant les pratiques de ces professionnels. Je vous invite à vous y inscrire directement par internet sur [www.respadd.org](http://www.respadd.org).

Ces travaux communs avec la Fédération addiction, mais aussi avec l'Institut de promotion de la prévention secon-

daire en addictologie (IPPSA), nous permettent de vous proposer des événements et des supports d'une grande richesse en mutualisant nos savoirs et nos savoir-faire tout en renforçant notre identité et nos spécificités. Vous aurez, je suis sûre, l'occasion de constater l'importance et les bénéfices de ces collaborations au cours des prochains mois.

Anne Borgne,  
Présidente du Respadd

## → PSYCHOMOTRICITÉ : SPÉCIFICITÉS ET INTÉRÊTS EN ADDICTOLOGIE

MÉLISANDE LE CORRE – PSYCHOMOTRICIENNE – SERVICE D'ADDICTOLOGIE, HÔPITAL RENÉ-MURET, AP-HP, SEVRAN

La clinique en addictologie révèle une indéniable intrication des sphères psychique et somatique de l'individu. Si nous considérons la pathologie addictive comme une problématique psychocorporelle, il est nécessaire d'évoquer la pratique de la psychomotricité.

La psychomotricité ne relève pas d'une unité conceptuelle, son identité est marquée par les trois courants de pensée du XX<sup>e</sup> siècle, s'intéressant au corps : la psychanalyse, la phénoménologie, les neurosciences.

Le corps traduit sur un plan infra-verbal ce qui ne peut parfois pas être nommé. Il est considéré par les psychomotriciens comme le lieu d'actualisation des contenus psychiques dynamiques de l'individu, notamment ses failles et traumatismes. Il est lieu d'expression révélant ses difficultés, ses douleurs, ses souffrances, ses émotions, ses désirs, et lieu d'impression lors d'expériences psychocorporelles et affectivo-émotionnelles.

Le professionnel s'intéresse au corps souffrant, que la problématique soit d'origine somatique et qu'elle ait des conséquences psycho-affectives, ou qu'une souffrance psychique s'actualise dans le corps de façon symptomatique.

Ainsi, la psychomotricité, discipline paramédicale globalisante constitue une thérapie à médiation corporelle, où l'outil de soin demeure le corps du patient accompagné par celui du psychomotricien, et où la médiation corporelle intervient comme un espace transitionnel,

tel que le décrit D. W. Winnicott. Cet espace intermédiaire entre l'objectivité de la réalité extérieure et la subjectivité de la réalité interne de l'individu vient soutenir les processus de représentation, de symbolisation et d'élaboration.

Rappelons-nous l'étymologie du mot "addiction" qui, au Moyen-Âge, notifie une "contrainte par corps" : le corps de la personne souffrant d'addiction se situe au cœur de sa problématique. Il est le réceptacle d'un produit qu'il appelle et rejette, qui apaise et détruit, le vecteur de sensations avidement recherchées mais lui-même déposé de toutes sensorialités, le véhicule du pulsionnel nécessaire à la vie mais anesthésié de ses désirs, l'outil d'une sensation de contrôle mais l'esclave d'une répétition en actes qui rejoue la perte. Il est soumis à une tentative permanente de re-création d'un circuit sensitif : « Retrouver le chemin du corps par le corps, retrouver le chemin du corps en lui passant au travers », écrit justement D. Marinelli. Ce corps est soumis à la puissance du besoin, que ni la représentation, ni la symbolisation, ni les mots, ne peuvent venir délimiter et différer. La réponse de ce corps à travers le produit ne trouve pas d'inscription psychique, ainsi le

corps répond au corps sans qu'un espace imaginaire ne permette d'apaiser les douleurs et d'habiter le vide. L'image que porte l'individu à son corps est biaisée, désunifiée, figée, lisse, floue, intolérable. Le corps est désaffecté, désincarné, déshabité, inexpressif, incapable de se mêler à d'autres corps, donc d'exister en tant que tel. Il est un accessoire fonctionnel au service de la survie de son existence, au mépris de sa force vitale.

Le temps du sevrage est un temps à la fois court et fort de la thérapie, temps de bouleversement psychocorporel pendant lequel l'individu est aussi fragile que fort d'un éveil possible, une « re-naissance », comme l'indiquent les patients. Puis, la durée du soin permet un approfondissement de la prise en charge et un accompagnement de l'individu dans le refondement de ses bases identitaires.

Le psychomotricien s'attache pour cela à fournir le confort par l'apaisement des tensions, des angoisses et des douleurs ; engager la conscience corporelle et l'éveil sensoriel ; stimuler l'expressivité corporelle et la communication émotionnelle ; revaloriser l'image du corps et souligner le potentiel

thérapeutique du corps ; concourir à l'émergence émotionnelle et la mise en mouvements des processus psychiques. A partir de l'observation de l'expression infra-verbale du patient, le psychomotricien tâche de lui répondre et de positionner son corps comme support de l'élaboration psychique : la thérapie à médiation corporelle (relaxation, toucher thérapeutique, jeu dramatique, médiateur eau...), telle un tiers séparateur, extrait l'individu de la répétition mortifère de la dépendance pour lui montrer un champ de possibles et lui permettre de nourrir son monde interne. Par ailleurs, il s'agit « d'éduquer » les patients à une utilisation autonome des techniques (notamment de relaxation) et ainsi leur proposer des possibilités de soins non médicamenteux ou tout au moins une réduction de ceux-ci. Ainsi, l'individu peut se saisir d'outils pour gérer l'impériosité de la part dépendante du Soi, telle que l'entend M. Monjauze.

Le psychomotricien participe ainsi à la rencontre du sujet avec la partie la plus intime et la plus archaïque de lui-même, et lui permet par ce biais de s'offrir l'opportunité de rencontrer l'autre. ■

### — LIRE UTILE

→ **ADDICTIONS FAMILLES & ENTOURAGE : PRÉVENIR / ÉDUCER / ACCOMPAGNER**  
Paris : Fédération addiction, 2012, 70 p.

Ce guide vise à éclairer l'évolution des questions de société en lien avec les addictions et l'adaptation des pratiques professionnelles. La famille est un acteur essentiel de l'éducation

et de la prévention. Face aux changements sociaux et culturels que connaît notre société, elle est aujourd'hui fragilisée dans ses fonctions éducatives et socialisantes. Ce guide apporte, dans une démarche prospective, quelques repères illustrés par des exemples d'actions menées dans le réseau et par nos partenaires.

<http://www.federationaddiction.fr/addictions-familles-et-entourage-parution-du-guide/?aid=6306&sa=0>



### → RECUEIL DE DONNÉES RECAP : DONNÉES 2011

Mis en place en 2005, RECAP est un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les tableaux statistiques intégrant les données 2011 sont disponibles en téléchargement.

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html>

### → BASE DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES DE L'OFDT

La base de données bibliographiques de l'OFDT est accessible en ligne à partir de la page d'accueil du site. Elle reprend l'ancienne base *Toxibase*, la base interne de l'OFDT, ainsi que la base des textes législatifs relatifs au champ des drogues mise à jour jusqu'ici par la MILDT. Les références des textes de loi peuvent être interrogées, avec un accès au texte intégral. [http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac\\_css/](http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/)



### → L'OFDT SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Présent depuis deux ans sur Twitter, l'OFDT vient également d'ouvrir une page sur Facebook. Vous y retrouverez l'annonce en temps réel de l'ensemble des publications, ainsi que des informations utiles émanant des partenaires. <http://twitter.com/ofdt>  
<http://www.facebook.com/ActuOFDT>



### → SOURCES STATISTIQUES

La base des sources statistiques concernant le phénomène des drogues et des dépendances en France vient d'être actualisée. Cet outil mis en place par l'OFDT permet notamment de connaître pour chaque source de données : le maître d'œuvre, les objectifs principaux, la périodicité, le nombre d'unités observées, la méthode d'échantillonnage, le délai et le mode de publication ainsi qu'une rapide synthèse des dernières données. Un répertoire des sources statistiques est également disponible au format pdf. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html>

## → SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES TRANSITOIRES INDUITS PAR LA COCAÏNE

FLORENCE VORSPAN – PSYCHIATRE – CSAPA ESPACE MURGER – HÔPITAL FERNAND-WIDAL, AP-HP, PARIS ; ET NEUROPSYCHOPHARMACOLOGIE DES ADDICTIONS – INSERM U705, CNRS UMR 8206 PRES SORBONNE, PARIS CITÉ

Parmi les effets psychotropes de la cocaïne, certains sont recherchés (le sentiment de toute puissance, l'accélération psychique, ...) tandis que d'autres sont considérés comme des effets indésirables (l'anxiété, les idées dépressives survenant dans les descentes et les effets psychotiques). Nous avons choisi de nous intéresser aux symptômes psychotiques transitoires (hallucinations, idées délirantes et modifications comportementales) survenant dans les quelques minutes à quelques heures suivant une consommation de cocaïne.

Nous avons traduit et utilisé le questionnaire SAPS-CIP (*Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis*) (Cubells *et al.* 2005) pour décrire ces symptômes dans une population de patients cocaïnomanes consultant au CSAPA Espace Murger, AP-HP et au CAARUD STEP, EGO, tous deux situés dans le quartier de la Chapelle, près de la gare du Nord à Paris. Ce questionnaire évalue les hallucinations (auditives, visuelles, tactiles, olfactives), les idées délirantes (huit thèmes sont évalués de la persécution au vol de la pensée), et le comportement (hétéro-agressivité, mouvements stéréotypés, modifications du comportement sexuel, rituels autour de la consommation). L'analyse a porté sur 105 sujets.

Nous avons montré que ces symptômes sont très fréquents. 86 % des patients interrogés décrivent avoir déjà éprouvé au moins l'un de ces symptômes psychotiques après une consommation de cocaïne. Ainsi, 42 % décrivaient avoir déjà eu des hallucinations auditives, 55 % des idées de persécution, 25 % un automatisme mental, 41 % une hétéro-agressivité dans un contexte délirant, 58 % des comportements stéréotypés s'approchant des TOC (recherche compulsive de produit, vérification, rituels). Dans notre échantillon, les scores à ce questionnaire SAPS-CIP étaient significative-



© termis1983 - Fotolia.com

ment plus élevés pour :

- les patients qui étaient dépendants à la cocaïne (plutôt qu'abuseurs),
- les utilisateurs quotidiens (plutôt qu'au rythme de 2-3 jours par semaine ou moins),
- les injecteurs (Vorspan *et al.* 2012).

Dans une seconde analyse portant sur 16 patients venus de façon hebdomadaire au CSAPA et évalués de façon prospective avec ce questionnaire, nous avons montré que le score de symptômes psychotiques diminuait significativement au cours du temps. Ces patients, qui étaient suivis avec un objectif d'abstinence de cocaïne ont déclaré avoir diminué leur consommation sur cette période. Nous avons pu établir une relation linéaire entre la baisse du score de symptômes psychotiques transitoires et la baisse de la consommation déclarée de cocaïne, ce qui est un argument de plus pour appuyer l'hypothèse d'une relation effet-dose entre la dose de

cocaïne et l'intensité des symptômes psychotiques transitoires (Vorspan *et al.* 2011).

Ceci nous conduit à proposer d'évaluer systématiquement ces symptômes psychotiques transitoires chez les usagers de cocaïne fréquentant le système de soins. On peut s'appuyer sur ces symptômes très fréquents pour faire évoluer la motivation du patient au sevrage ou au moins à la réduction des consommations. On peut également proposer des neuroleptiques à visée symptomatique pour essayer de réduire les dommages qui risquent de survenir du fait de ces symptômes psychotiques, comme les états d'agitation accompagnés d'actes auto- ou hétéro-agressifs. Au minimum, si les patients ne sont pas motivés au sevrage et minimisent ces symptômes, un travail de réduction des risques doit leur être proposé. ■

#### Références :

- Cubells JF, *et al.* Rating the severity and character of transient cocaine-induced delusions and hallucinations with a new instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). *Drug Alcohol Depend* 2005; 80: 23-33.
- Vorspan F, *et al.* Cocaine-induced psychotic symptoms in French cocaine addicts. *Psychiatry Res* 2012; Apr 30.
- Vorspan F, *et al.* Prospective assessment of transient cocaine-induced psychotic symptoms in clinical setting. *Am J Addictions* 2011; 20 (6): 535-7.





© Smithore - Fotolia.com

## → CANNABIS ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

ALAIN DERVAUX – PSYCHIATRE, ADDICTOLOGUE, PRATICIEN HOSPITALIER, DOCTEUR EN NEUROSCIENCES  
SERVICE D'ADDICTOLOGIE DU DR X. LAQUEILLE – CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE, PARIS

Les comorbidités psychiatriques, caractérisées par la coexistence chez un même individu de deux troubles simultanés ou plus, sont fréquentes chez les sujets dépendants au cannabis. Par exemple, dans la *National Comorbidity Survey*, 10 % seulement des sujets dépendants au cannabis n'avaient présenté aucun trouble psychiatrique (au sens large : troubles anxieux, dépressifs, psychotiques etc.) au cours de leur vie, contre 45 % chez les sujets non dépendants. Généralement sous-estimés, il est important de les évaluer systématiquement. Difficulté majeure, il n'est pas toujours possible de déterminer chez un individu donné, si le trouble psychiatrique induit l'addiction ou vice-versa et dans quelle mesure ils sont influencés par des facteurs tiers.

### → TROUBLES PSYCHIATRIQUES INDUITS PAR LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Dans ce cas de figure, c'est la consommation de cannabis qui est à l'origine de manifestations psychiatriques. Elle peut induire des attaques de panique chez près de 20 % des consommateurs, expérimentés ou non. Les symptômes psychotiques induits par le cannabis, connus depuis Moreau de Tours en 1845, surviennent également chez des sujets indemnes de pathologie psychotique lors de la consommation et disparaissent avec les effets du THC. Ils sont caractérisés par des idées délirantes de persécution (par exemple, on lit dans leurs pensées), de suspicion (« Effet parano »), de déréalisation-dépersonnalisation et de désorganisation de la pensée. Ils concernent jusqu'à 15 % des consommateurs<sup>[1]</sup>.

Lorsqu'ils durent plus de 24 heures, ces symptômes constituent un trouble psychotique induit par le cannabis, appelé autrefois *pharmacopsychose*. A long terme, certaines études ont retrouvé que de nombreux patients, dont le diagnostic initial de troubles psychotiques induits par le cannabis, porté notamment dans les service d'urgences, évoluaient en fait vers des troubles schizophréniques : 25 % après un an de suivi et près de 50 % après six ans.

### → TROUBLES PSYCHIATRIQUES INDUITS PAR LE SEVRAGE DE CANNABIS

L'irritabilité, l'anxiété, l'agressivité, l'humeur dysphorique et l'insomnie sont les principales caractéristiques du sevrage de cannabis, notamment dans la prochaine classification DSM-5 (<http://www.dsm5.org>). Leur intensité

est maximale entre les 3<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> jours et disparaissent trois à cinq semaines après l'arrêt de la consommation.

### → COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES ET DÉPENDANCE AU CANNABIS

Les autres addictions sont fréquentes, en premier lieu, le tabac, fumé quasi-systématiquement avec le cannabis, ce qui doit être pris en compte lors du sevrage. Ensuite, l'alcool : dans une étude clinique, 12 % de patients dépendants au cannabis présentaient une alcoolodépendance au moment de l'étude, 21 % au cours de leur vie<sup>[2]</sup>.

L'étude NESARC, sur plus de 43 000 personnes en population générale aux Etats-Unis, a permis d'avoir une idée précise de la fréquence des pathologies psychiatriques rencontrées dans la dépendance au cannabis<sup>[3]</sup>. Dans cette étude, les plus fréquentes étaient les troubles de la personnalité (61 %), en particulier antisociales (psychopathiques), les troubles dépressifs (18 % dans les 12 mois, 25 % sur la vie entière), les troubles anxieux, notamment attaques de panique, phobies sociales et troubles anxieux généralisés (48,5 % vie entière) et les troubles maniaques (23 % vie entière).

Le cannabis peut parfois servir d'automédication chez les sujets déprimés, mais plus souvent augmente le risque de dépression. Les troubles bipolaires sont difficiles à diagnostiquer, notamment en raison de la difficulté à identifier les

épisodes hypomaniaques, nécessitant de rechercher systématiquement des symptômes tels que l'irritabilité, l'hyperactivité émotionnelle, la distractibilité, la fuite des idées, la tachypsychie, les antécédents familiaux de troubles bipolaires ou de suicide et l'apparition rapide de symptômes d'hypomanie lors d'un traitement antidépresseur.

Huit études longitudinales ont montré que les sujets qui avaient fumé du cannabis avaient deux fois plus de risque environ de présenter par la suite des troubles schizophréniques que les sujets qui n'en avaient jamais fumé. Le risque était majoré chez les plus gros consommateurs, les sujets prédisposés et ceux qui avaient consommé avant l'âge de 15 ans<sup>[4]</sup>. Enfin, l'évolution de la schizophrénie est aggravée par la consommation de cannabis<sup>[1]</sup>. ■

#### Références :

- [1] Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. *Presse Med* 2012; sous presse.
- [2] Dervaux A, Krebs MO, Laqueille X. Anxiety and depressive symptoms or disorders in patients with cannabis dependence without major psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacology* 2011;21(Suppl.3):S578-9.
- [3] Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R, Grant BF. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol Med* 2006;36:1447-60.
- [4] Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370:319-28.

### → LIRE UTILE

#### → TENDANCES N° 81 LES STAGES DE SENSIBILISATION AUX DANGERS DE L'USAGE DE PRODUITS STUPÉFIANTS

Depuis 2007, les personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants peuvent se voir ordonner un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Afin de décrire l'offre de ces stages et le public reçu, une étude a été menée par l'OFDT, à la demande du ministère de la Justice et des Libertés. Ce travail a été conduit du



1<sup>er</sup> décembre 2010 au 31 mai 2011 auprès des prestataires et des usagers accueillis lors des stages. Ces stages, mis en place par une centaine de structures, concernent depuis 2008 environ 4 500 stagiaires dans l'année, dont plus de 9 sur 10 sont des usagers de cannabis. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxios6.pdf>

## → CLASSEMENT COMME STUPÉFIANTS DE L'ENSEMBLE DES DROGUES DE SYNTHÈSE DE LA FAMILLE DES CATHINONES

Le Ministère chargé de la Santé a décidé de classer comme stupéfiants l'ensemble des drogues de synthèse de la famille des cathinones par arrêté publié au Journal Officiel du 2 août 2012\*. Ce classement intervient en raison du potentiel d'abus et de dépendance et de la toxicité de la famille des cathinones. Le classement en tant que stupéfiants fait suite à la proposition du directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) après avis de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes.

\* En savoir plus : arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 et paru au Journal Officiel du 2 août 2012.

La cathinone est une substance active extraite des feuilles de khat, plante d'Afrique utilisée pour ses propriétés stimulantes et hallucinogènes. Cette substance possède une structure chimique proche de celle de l'amphétamine. Elle est le chef de file de la famille des cathinones substituées qui sont, pour la plupart d'entre elles, des cathinones de synthèse.

Les cathinones sont souvent consommées avec de l'alcool ou d'autres stupéfiants (cocaïne, cannabis, kétamine, MDMA). Les effets négatifs les plus fréquemment rapportés sont une agitation, des palpitations, une tachycardie, des vomissements et des maux de tête.

La plupart des cathinones sont apparues récemment dans l'Union européenne, même si certains produits de cette classe font l'objet d'une consommation plus ancienne. La surveillance réalisée par le réseau national d'addictovigilance indique que la consommation des cathinones substituées est en augmentation en France et en Europe. Devant l'apparition de cas d'intoxication, parfois graves, l'ANSM met en garde les usagers sur la toxicité présentée par ces drogues et maintient une surveillance renforcée.

Ces produits sont notamment vendus sous des appellations commerciales diverses type NRG, engrais pour plantes ou sels de bain ; ces dénominations



Photo by Michael Knott. © 2007 Erowid.org

sont sans rapport avec l'usage du produit.

Au niveau européen, plusieurs pays ont mis en place un classement de ces substances ; c'est le cas notamment du Royaume-Uni. En France, certaines cathinones étaient déjà inscrites sur la liste des stupéfiants ou sur la liste des psychotropes.

Toutefois, l'apparition de nouvelles cathinones substituées ainsi que les similarités de structure chimique entre les différentes molécules de cette classe produisant des effets pharmacologiques et toxicologiques proches et la survenue de cas d'intoxication, parfois graves, ont conduit le ministère chargé de la Santé à classer l'ensemble de cette famille de substances sur la liste des stupéfiants. Cette décision fait suite à la proposition du directeur général de l'ANSM après avis de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes et repose sur les critères établis par l'OMS pour l'examen des substances psychoactives en vue d'un contrôle international. ■

### — LIRE UTILE

#### → DROGUES, ENJEUX INTERNATIONAUX N° 3 LES CARTELS MEXICAINS : DE L'AMÉRIQUE LATINE À L'EUROPE

Le troisième numéro de *Drogues, enjeux internationaux* dresse un état des lieux du marché des drogues au Mexique et décrit la véritable guerre criminelle qui en découle depuis une dizaine d'années. Le transit des drogues, notamment de cocaïne, en direction du marché nord-américain, mais aussi le contrôle de la production d'autres substances (héroïne, marijuana, méthamphétamines) sont au cœur de ce conflit. Cette tragédie mexicaine qui a fait des dizaines de milliers de victimes paraît lointaine vue d'Europe.

Pourtant, le Vieux continent est dans la ligne de mire des trafiquants, ceux-ci étant attirés par les perspectives de croissance importante du marché de la cocaïne porté par une demande en développement constant. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efdjos6.pdf>



#### → RAPPORT MONDIAL SUR LES DROGUES 2012 : RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Vienne : Nations Unies, Office contre la drogue et le crime, 2012, 10 p.

Le rapport mondial sur les drogues 2012 se compose de deux chapitres :

- le chapitre I donne un aperçu des tendances récentes et de la situation de la production, du trafic et de la consommation de

drogues et des conséquences de cette consommation en termes de traitements et de maladies et de décès liés à la drogue ;

- le chapitre II présente d'un point de vue diachronique les caractéristiques du problème de la drogue, son évolution et les principaux facteurs qui le déterminent. Il débute par un examen des principales caractéristiques du problème actuel, suivi d'une présentation des changements observés au cours des dernières décennies, puis s'achève par une analyse des facteurs qui ont influé sur son évolution et un bref aperçu des tendances futures probables.

Rapport en anglais :

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_web\\_small.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf)

Résumé en français :

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive\\_summary\\_french.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_french.pdf)

## → ENQUÊTE TABAC ET PSYCHIATRIE : PREMIERS RÉSULTATS

MILÉNA SZCZOTKOWSKI – ÉTUDIANTE EN MASTER DE SANTÉ PUBLIQUE

NICOLAS BONNET – DIRECTEUR DU RESPADD. THOMAS CHIHAOUI – COORDINATEUR SCIENTIFIQUE DU RESPADD

L'enquête « Tabac et psychiatrie » réalisée par le RESPADD au mois de mai 2012 a eu pour objectif d'évaluer la prévention et la prise en charge du tabagisme en milieu de soins psychiatriques. Elle a été proposée aux établissements adhérents par voie électronique et 61 d'entre eux y ont participé. De plus, une enquête qualitative a été réalisée par Miléna Szczotkowski dans le cadre d'un master en santé publique au sein de deux établissements, le centre hospitalier spécialisé Philippe-Pinel d'Amiens et la maison de santé d'Épinay-sur-Seine.

La prévalence du tabagisme chez les personnes atteintes de pathologies psychiatriques est largement plus élevée qu'en population générale d'après la conférence d'experts 2008, ce qui en fait un véritable enjeu de santé publique. Il s'agit en effet de l'une des premières causes de mortalité dans cette population. C'est notamment l'un des enjeux auquel les services de soins psychiatriques sont appelés à répondre.

Il est parfois admis par les soignants en service de soins psychiatriques que la cigarette est un « outil de médiation » qui permet de créer du lien et ainsi une relation de confiance. Il s'agit d'une représentation ancienne et il semblerait que cette idée ait longtemps pu être vérifiée dans les services de soins psychiatriques.

Aujourd'hui, cette pratique peut avoir comme effet négatif de diminuer l'impact des actions de prévention et de retarder la prise en charge du tabagisme, d'autant plus que les personnes hospitalisées sont dites « chroniques ». Le risque induit est de ne pas permettre aux personnes hospitalisées d'accéder aux informations et aux outils de prévention qui pourraient leur permettre de modifier leur consommation de tabac.

Or, l'enquête met en évidence que 76 % des répondants se sentent complètement concernés par la prise en charge du tabagisme en milieu de soins psychiatriques, et 12 % se sentent plutôt concernés. Seuls 12 % des répondants ne se sentent pas concernés. D'autre

part, 91 % des professionnels interrogés considèrent que la prise en charge du tabagisme doit être proposée à l'ensemble des patients fumeurs.

Ces chiffres mettent en évidence l'intérêt que la prise en charge du tabagisme représente pour les soignants. Certes, ils ne suffisent pas à infirmer l'idée répandue que la cigarette puisse être naturellement considérée comme outil de médiation. Afin de rendre la prise en charge du tabagisme efficiente en service de soins psychiatriques, il importe de permettre aux professionnels de mettre à jour leur connaissance en addictologie/tabacologie.

### → RENFORCER LES CONNAISSANCES ET LES COMPÉTENCES

Les progrès des connaissances dans ces disciplines ont vraisemblablement joué un rôle important dans le changement de rapport à la cigarette en service de soins spécialisés.

La mise en place de formations en addictologie-tabacologie à destination des personnels soignants permet de renforcer les compétences des professionnels dans la prise en charge du tabagisme. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 34 % considèrent leur formation dans ce domaine suffisante. A l'inverse, 54 % d'entre-elles souhaiteraient être mieux formées. 43 % ont pu bénéficier d'une formation en addictologie/tabacologie. Enfin seules 34 % des répondants connaissent les recommandations de la conférence d'experts. Ces résultats mettent en évidence les besoins de formation et d'actualisation des connaissances des professionnels de santé. Les formations à destination des soignants apparaissent ainsi comme un outil essentiel dans la prise en charge du tabagisme et peuvent contribuer à modifier la place de la cigarette dans les services de soins psychiatriques.

Enfin, la présence d'une équipe de liaison ou d'une consultation en addictologie / tabacologie semble renforcer la qualité de la prise en charge du tabagisme dans les unités de psychiatrie. 63 % des répondants bénéficient de la présence d'une équipe d'addictologie au sein de leur établissement. Les consultations sont systématiques dans seulement 5 % des cas, et n'ont jamais lieu dans 19 % des cas. Ces résultats mettent en évidence que les liens avec les consultations d'addictologie sont à renforcer afin d'améliorer la prise en charge du tabagisme en service de psychiatrie.

L'application de la législation sur le tabac semble jouer un rôle sur l'implication des équipes dans la prise en charge du tabagisme des patients atteints de pathologies psychiatriques. Mais la législation, pour être efficace, doit s'accompagner d'une politique de formation à destination des professionnels afin de mettre à jour leurs connaissances en tabacologie. La présence de professionnels en addictologie au côté des équipes de psychiatrie semble également améliorer la qualité de la prise en charge du tabagisme. On peut ainsi supposer que la mise en commun de ces domaines (législation, formation, offre de soins en addictologie) pourrait contribuer à modifier la place du tabac en service de soins psychiatriques, et permettre aux patients tabagiques d'avoir accès à des informations de prévention et à une prise en charge tabacologique de qualité. ■

### → LIRE UTILE

#### → L'OBSERVATION DU MARCHÉ ILLICITE DE TABAC EN FRANCE

En 2010, la MILDT a confié à l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) et à l'OFDT une étude portant sur la mise en place d'un dispositif d'observation de la consommation de tabac de contrebande. Ses principaux enseignements font l'objet d'un rapport de 49 pages, qui décrit l'organisation du marché illicite du tabac en



France et en estime l'ampleur, à partir des plus récentes données d'enquêtes en population générale et des travaux sur les achats transfrontaliers de cigarettes.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxnls6.pdf>





→ **ALCOOL. VOUS EN SAVEZ QUOI ? : UNE BROCHURE POUR PARLER ALCOOL AVEC LES JEUNES**

Cette brochure éditée par l'INPES s'adresse aux jeunes et vise à leur transmettre des informations objectives sur l'alcool pour les aider à faire le meilleur choix pour eux-mêmes. Elle décrit les effets de l'alcool sur l'organisme et en particulier sur le cerveau, rappelle le principe des équivalences, fait le point sur les premiers et long termes. Enfin, cette brochure invite les jeunes à s'interroger sur leur propre consommation et délivre quelques conseils et adresses/contacts utiles sur la question. Les illustrations sont de Riad Sattouf.



→ **L'ENFANT AU RISQUE DU VIRTUEL**

SERGE TISSERON, SYLVAIN MISSONNIER, MICHAËL STORA  
200 pages – Editeur : Dunod

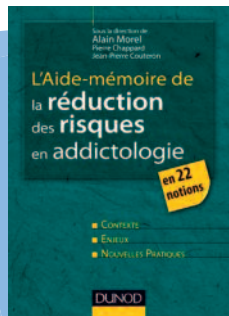
Le mot de virtuel a plusieurs définitions possibles. Il désigne ce qui est potentiel et en devenir, ce qui est présent mais non actualisé, ou encore ce qui exclut le corps et les émois pour s'en tenir au domaine des pures représentations. Mais dans tous les cas, le virtuel s'impose comme un fantôme autant que comme une réalité. A ce titre, il constitue parfois un territoire dans lequel on peut se perdre, mais aussi un espace transitionnel qui peut être utilisé à des fins de symbolisations personnelles. Comment les enfants et les adolescents gèrent-ils spontanément cet espace ? Quels sont les fantasmes qui lui sont associés ? Et comment les thérapeutes peuvent-ils faire en sorte que son usage soit structurant ? Tels sont les principaux thèmes abordés dans cet ouvrage.

→ **PROFIL DES PATIENTS EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL ACCUEILLIS À L'HÔPITAL.**

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).  
in: TENDANCES n° 82, septembre 2012, 6 p.

Alors que plusieurs sources permettent de décrire les patients accueillis pour un problème d'addiction dans les structures médicosociales, il est difficile de trouver des informations de ce type pour les patients reçus à l'hôpital. Pour tenter de combler le déficit d'informations sur les patients vus dans le cadre du dispositif hospitalier en addictologie, l'OFDT a réalisé fin 2010, en liaison avec différentes associations de professionnels, une enquête sur les patients accueillis un jour donné dans les différentes structures hospitalières en addictologie. Les quelque 3 000 patients interrogés dans l'enquête ESPERHA (Enquête sur les personnes reçues à l'hôpital pour addiction) présentent des profils très différenciés selon les produits indiqués comme leur posant le plus de problèmes et, dans une moindre mesure, en fonction des structures de prise en charge.

Ce numéro de TENDANCES s'intéresse au groupe largement majoritaire des patients : ceux qui sont pris en charge pour un problème d'alcool.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcps9.pdf>



→ **L'AIDE-MÉMOIRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES EN ADDICTOLOGIE EN 22 FICHES**

ALAIN MOREL, PIERRE CHAPPARD, JEAN-PIERRE COUTERON  
360 pages – Editeur : Dunod

Face aux drogues et aux addictions, il faut d'abord chercher les solutions pour réduire les risques et les dommages de leurs usages plutôt que de vouloir les éliminer à tout prix. Tel est le fondement de la « réduction des risques ». Une stratégie efficace tant pour

les personnes que pour la santé publique et la société tout entière. Cet ouvrage aborde pour la première fois la réduction des risques dans toutes ses dimensions, historique, conceptuelle, pratique et institutionnelle. Son objectif est de contribuer au développement des actions et des programmes, de soutenir les services et les innovations qui peuvent mieux aider les individus, mieux répondre aux besoins des populations, mieux sensibiliser et former les professionnels.



→ **RDR ALCOOL : PRÉVENTION DES RISQUES ET RÉDUCTION DES DOMMAGES CHEZ LES CONSOMMATEURS D'ALCOOL**  
Paris : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)  
2012, 64 p.

Ce livret présente des pistes pour des pratiques professionnelles adaptées aux besoins de tous les publics, de chaque consommateur d'alcool.  
<http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-rrdc-lasers.pdf>



→ **PETIT TRAITÉ PSYCHANALYTIQUE D'ALCOOLOGIE**  
STÉPHANE DÉROCHE  
240 pages

Editeur : Editions Le Bord de l'eau  
L'alcool, remède et poison, se distingue de tous les autres produits psycho-actifs par sa dimension symbolique. Il a tout d'abord une fonction dans le social, qui est de célébrer, communier, commémorer. Au comptoir, point de différences, tout le monde est sur un pied d'égalité, toutes catégories sociales confondues. L'alcoolique n'aspire pas à être reconnu, contrairement au névrosé standard qui, lui, est en quête de gloire et

d'admiration. Non, l'alcoolique cherche à se fondre dans la masse. Il expose avec clarté sa difficulté essentielle, qui est de ne point parvenir à symboliser la présence. L'objet alcool lui manque même quand il est présent. Tel est le propre de la problématique alcoolique. Il ne s'agit pas d'une pathologie du refoulement, à l'instar de la névrose, mais d'une pathologie du renoncement. Or, le renoncement ne relève pas du désir, il relève de la prise de décision, de l'acte. Ranger toutes les dépendances dans le grand sac des addictions nous fait rater le vif, le tranchant de chacune d'entre elles. Ce livre dépasse largement son sujet. Il n'est pas excessif de dire que c'est là l'œuvre d'un chercheur qui trouve. Articulé autour de citations - littéraires ou psychanalytiques - et de dialogues avec des patients alcooliques, cet essai agit sur le lecteur, même sur celui qui n'a rien à faire de la problématique alcoolique, à la manière d'un tableau qui, peut-être, évoque bien plus que ce qu'il représente.



→ LES 3<sup>es</sup> JOURNÉES INTERNATIONALES DE SAF FRANCE AURONT LIEU LE JEUDI 30 ET LE VENDREDI 31 MAI 2013 À PARIS.

La thématique choisie cette année est : « Alcoolisation Prénatale et Adoption ».

De très nombreux enfants adoptés ou placés en France et dans le monde sont porteurs de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF). La plupart de ces enfants ne sont pas diagnostiqués en tant que tel. Or une prise en charge précoce permet d'éviter des handicaps secondaires aux conséquences dramatiques pour eux, pour leur famille.

Comment prévenir, diagnostiquer, accompagner ? A cette fin, de

quels outils avons-nous besoin en France et dans le monde ? Quels sont les enjeux pour nos sociétés ? Comment mieux coopérer pour en faciliter la prévention internationale ?

En France, la prévalence des TCAF est estimée à 1 % de la population (CAD 800 000 personnes « cérébrólésées » souvent en échec scolaire, en situation d'exclusion sociale, en milieu carcéral, en milieu psychiatrique et aux prises avec des addictions).

Un amphithéâtre vous accueillera pour des plénières et un débat, et deux demi-journées seront consacrées à des ateliers pratiques destinés à affiner vos demandes et aborder des outils pratiques facilitant la prise en compte de cette problématique à l'échelle internationale. Les journées seront animées par les meilleurs spécialistes nationaux et internationaux avec une traduction simultanée Français-Anglais.

Le pré-programme, la fiche d'appel à communications et posters

ainsi que le bulletin d'inscription sont téléchargeables sur le site [www.saffrance.com](http://www.saffrance.com).



→ LE 6<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TABACOLOGIE AURA LIEU LES 8 ET 9 NOVEMBRE 2012 À LA MAISON INTERNATIONALE DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE DE PARIS.

Le thème retenu pour cette année est : « la tabacologie : aujourd'hui, demain et après... ».

Plus d'information et inscription sur <http://www.csft2012.fr>

→ UNE ÉTUDE SOULIGNE LES EFFETS NÉFASTES DU CANNABIS SUR LE CERVEAU DES ADOLESCENTS

Meier MH., Caspi A., Ambler A. et al. **Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife.** in: APNAS Plus, 2012, 8 p.

Fumer du cannabis régulièrement à l'adolescence peut provoquer une baisse des capacités intellectuelles à l'âge adulte, montre une étude publiée lundi 27 août par une revue scientifique américaine. La recherche effectuée sur mille Néo-Zélandais de Dunedin, prenant en compte une période de vingt-cinq ans, a permis de comparer leur quotient intellectuel (QI) à 13 ans puis à 38 ans, les uns étant des consommateurs réguliers de cannabis, y compris après 20 ans ou 30 ans, les autres pas. Au bout de la période, un écart de huit points s'est creusé entre les fumeurs et les non-fumeurs, affirme Madeline H. Meier, psychologue à l'université Duke, en Caroline du Nord, et auteure principale de cette étude menée en collaboration avec le King's College, à Londres, et publiée dans *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, les Actes de l'Académie américaine des sciences.

<http://infam.antville.org/static/infam/files/pnas.pdf>



→ GUIDE D'ACTIVITÉ « BIEN JOUÉ ! » SENSIBILISATION ET PRÉVENTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX JEUX D'ARGENT AUPRÈS D'ADOLESCENTS  
Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, 125 p.

Ce guide d'activités « Bien joué ! » s'adresse aux intervenants qui désirent sensibiliser les adolescents aux pièges et aux risques associés aux jeux d'argent. Le guide comporte trois parties complémentaires : **Partie A** : Planifier la démarche. **Partie B** : Activités de sensibilisation. **Partie C** : Cahier d'accompagnement. [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89673-173-2.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-173-2.pdf)



→ INTERDIRE LE TABAC, L'URGENCE ! MARTINE PÉREZ

456 pages – Editeur : Odile Jacob

Alors qu'il tue chaque année 60 000 personnes en France et 5 millions dans le monde, pourquoi le risque sanitaire "tabac" est-il laissé de côté ? Pourquoi n'assiégeons-nous pas les usines de fabrication de cigarettes pour sensibiliser à leurs effets mortifères, comme le font les militants antinucléaire avec les centrales ? Pourquoi les élus locaux ne sont-ils pas menacés de non-réélection s'ils ne plaident pas en faveur de l'interdiction du tabac, comme ils le sont pour lutter contre l'implantation d'antennes-relais ou la culture des OGM ? Il est temps de comparer les dangers du tabac à ceux des risques sanitaires dénoncés chaque jour, et dont les ravages sont pourtant infiniment moins importants, et cette enquête s'y attache. Il s'agit aussi de prouver que l'usage du tabac ne relève ni de la responsabilité ni de la liberté individuelles, mais de stratégies marketing sophistiquées. Il s'agit enfin de voir comment la France, à l'instar de la Finlande, pourrait s'engager à l'horizon 2020, par exemple, dans l'interdiction définitive du tabac.



→ DONNÉES RÉGIONALES ESCAPAD 2011

Alors que les résultats au plan national avaient été rendus publics en fin d'année 2011, les données régionales issues de l'enquête ESCAPAD 2011 (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense), ayant interrogé 32 249 jeunes de 17 ans, sont mises à disposition sur le site internet au format Excel. Les tableaux permettent d'accéder aux résultats dans 21 régions de la métropole. Les informations seront intégrées d'ici la fin de l'année à une nouvelle base de données cartographique en ligne, qui intégrera par ailleurs les données issues de l'actuelle base Iliad (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions). Les données

d'ESCAPAD 2011 dans 34 départements de métropole et 4 départements d'outre-mer seront également mises à disposition à cette occasion. [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd  
Octobre 2012 - N° 12  
ISSN 2105-3820  
96 rue Didot  
75014 Paris  
Tél : 01 40 44 50 26  
Fax : 01 40 44 50 46  
[www.respadd.org](http://www.respadd.org)  
[contact@respadd.org](mailto:contact@respadd.org)

Directeur de Publication : Anne Borgne

Directeur de Rédaction : Nicolas Bonnet

Comité de rédaction : Francine Bonfilis, Nicolas Bonnet, Thomas Chihaoui, Lætitia Rostand

Secrétariat : Maria Baraud, Céline Martin

Ont collaboré à ce numéro : Nicolas Bonnet, Anne Borgne, Thomas Chihaoui, Alain Dervaux, Mélisande Le Corre, Miléna Szczotkowski, Florence Vorspan

© Textes et visuels : Respadd 2012  
Bernard Artal Graphisme  
Imprimerie Peau

Tirage : 3 500 exemplaires