



© r0mu - Fotolia

## SOMMAIRE

### → ADDICTOLOGIE

- Cannabis et cancer bronchique
- Équipe Mobile Hépatites (EMH), centre hospitalier de Perpignan : un nouveau concept au service des personnes atteintes d'hépatites virales
- Les femmes au sein du CAARUD : une fréquentation complexe, une prise en charge qui l'est tout autant ?
- Drogue et travail

### → LIRE UTILE

### → AGENDA

Dans le contexte sociopolitique actuel, les nouvelles découvertes scientifiques bousculent les pratiques professionnelles ancrées depuis plusieurs années et les contraintes budgétaires viennent trop souvent limiter le déploiement d'interventions en dépendance. Le développement d'une offre de services qui s'inspire des meilleures pratiques constitue ainsi un défi de taille.

Les nouvelles pratiques en matière de dépendance sont nombreuses et variées, mais trop souvent méconnues. La mise en œuvre et le développement d'interventions de proximité, intégrées et mutualisées entre les différents secteurs d'intervention, est crucial afin d'aider les personnes dépendantes ou à risque de le devenir, et ce, quel que soit le stade de leur démarche et leur degré de motivation. Ainsi, il apparaît important de leur offrir des services allant de la prévention,

au traitement, jusqu'à la réinsertion. La prévalence des problèmes de dépendance dans la société de même que l'incidence positive de ces offres de service le justifient amplement. Le continuum de l'intervention doit s'inscrire dans l'ensemble des différentes phases de la consommation, de l'usage non problématique à la dépendance. Elles doivent s'inspirer de données probantes et s'appuyer sur des cadres théoriques sérieux, soutenus de façon empirique. Tous les services impliqués, bien qu'ayant des missions très distinctes, doivent encourager les collaborations. Les pratiques innovantes impliquent que les praticiens doivent aller vers l'usager, là où il est, à l'étape où il se situe dans sa trajectoire de vie. L'offre de services doit s'attarder à chacune des sphères de la personne, afin de répondre à la présence de besoins spécifiques, tout en traitant l'individu dans sa globalité.

Enfin l'évaluation de ces pratiques doit être le fruit d'une démarche rigoureuse et est nécessaire à leur développement.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'engagement du Respadd en tant que « réseau » de prévention des addictions. Et c'est sur ces engagements que nous vous donnerons rendez-vous tout au long de cette nouvelle année 2015 qui sera marquée par les 20<sup>es</sup> Rencontres du Respadd « Addictologie et entretien motivationnel » organisées en collaboration avec l'Association francophone pour la diffusion de l'entretien motivationnel - AFDEM - qui se tiendront les 25 et 26 juin 2015 à Paris.

Je vous souhaite au nom du Respadd et de son conseil d'administration une excellente année 2015 !

Anne Borgne,  
Présidente du Respadd

## → CANNABIS ET CANCER BRONCHIQUE

MICHEL UNDERNER – SERVICE DE PNEUMOLOGIE, UNITÉ DE TABACOLOGIE / CHU LA MILÉTRIE, POITIERS

THIERRY URBAN – SERVICE DE PNEUMOLOGIE / CHU D'ANGERS

JEAN PERRIOT – DISPENSAIRE EMILE ROUX (CLAT 63), CLERMONT-FERRAND

JEAN-CLAUDE MEURICE – SERVICE DE PNEUMOLOGIE, UNITÉ DE TABACOLOGIE / CHU LA MILÉTRIE, POITIERS

Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée dans le monde. Il est fumé seul ou associé à du tabac, sous forme d'herbes (marijuana) ou de résine. Si les liens entre le tabac et le cancer bronchique sont clairement établis depuis les travaux de Doll et Peto<sup>(1)</sup>, ceux qui existent avec le cannabis sont moins bien connus<sup>(2)</sup>.

### TABAC ET CANNABIS : SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES

La phase gazeuse de la fumée de cannabis contient les mêmes substances toxiques que celles de la fumée de tabac : substances irritantes (acroléine, formaldéhyde, etc.) et carcinogènes (benzopyrène, nitrosamines, etc.). La fumée de cannabis a une teneur en hydrocarbures aromatiques polycycliques carcinogènes deux fois plus élevée que celle des cigarettes de tabac<sup>(3)</sup>. Dans la phase particulière, la différence majeure est la présence de nicotine dans la fumée de tabac et de substances cannabinoïdes dans la fumée de cannabis ; deux d'entre elles, le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol ont des propriétés psychoactives. Deux éléments importants sont également à mentionner : l'absence de filtre au niveau des joints et la faible densité du cannabis dans un joint (les constituants du joint étant moins tassés), comparativement à celle du tabac des cigarettes (notamment les cigarettes manufacturées où le tabac est compacté). Il en résulte une absence de piégeage de la fumée dans la partie proximale du joint. D'autre part, les fumeurs de cannabis ont une technique de consommation différente de celle des fumeurs de tabac. Le volume de leurs bouffées est plus important, l'inhalation plus rapide, la durée de rétention pulmonaire plus longue (l'apnée de fin d'inhalation dure quatre fois plus longtemps que chez les fumeurs de cigarettes). Ils réalisent parfois une manœuvre de Valsalva destinée à faciliter l'absorption des can-

nabinoïdes, permettant d'en accroître les effets psychoactifs. Ainsi, la quantité de goudrons inhalés est plus importante chez les fumeurs exclusifs de cannabis que chez les fumeurs exclusifs de tabac<sup>(3)</sup>. Cette façon de fumer augmente aussi les phénomènes de turbulences dans les voies respiratoires, favorisant l'impaction des constituants de la phase particulaire de la fumée de cannabis au niveau des grosses voies aériennes. Ceci accroît le temps de contact entre la fumée de cannabis et la muqueuse bronchique. Les composants de la fumée de cannabis ont un effet irritant plus important que ceux de la fumée de tabac<sup>(4)</sup>. La rétention des carcinogènes dans les voies aériennes est 4 à 5 fois plus importante que celle induite par la fumée du tabac<sup>(5)</sup>. Enfin, le fumeur de cannabis laisse des mégots plus courts que le fumeur de cigarettes, ce qui contribue à faire pénétrer dans les bronches une fumée plus chaude et plus irritante<sup>(4,6)</sup>. Ainsi, selon une étude de Aldington *et al.*<sup>(7)</sup>, un joint équivaldrait à 2,5 ou 3 cigarettes de tabac, en termes de conséquences respiratoires.

### ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les résultats de huit études épidémiologiques sont discordants<sup>(8)</sup>. Trois études réalisées dans les pays du Maghreb<sup>(9-11)</sup> ont retrouvé une association positive entre consommation de cannabis et cancer du poumon. Une étude américaine<sup>(12)</sup> a montré un risque accru de cancer bronchique lorsque la durée de consommation de cannabis était égale ou supérieure à 11 ans. Enfin, une

étude réalisée en Nouvelle-Zélande<sup>(13)</sup> a noté une association positive entre consommation de cannabis supérieure à 10,5 joint-années (JA) et cancer du poumon. Un joint-année correspond à la consommation d'un joint par jour pendant un an. Comparativement aux sujets n'ayant jamais fumé de cannabis, le risque de cancer bronchique augmentait de 8 % à chaque consommation additionnelle d'un JA de cannabis (après ajustement à la consommation de tabac) et de 7 % à chaque consommation supplémentaire d'un paquet-année de tabac (après ajustement à la consommation de cannabis). Lorsque l'usage de cannabis débute avant l'âge de 16 ans, pour une consommation cumulée identique, le risque relatif de cancer bronchique est de 10,3 (IC 95 % : 0,8-132), comparativement à ceux qui débutent leur consommation après 21 ans. En revanche, une étude réalisée au Maroc<sup>(14)</sup> et deux études américaines<sup>(15, 16)</sup> n'ont pas retrouvé d'association significative entre consommation de cannabis et cancer du poumon. Les études épidémiologiques analysées présentent toutefois des limites. Si beaucoup d'études portent sur la consommation de cannabis ou de marijuana, certaines d'entre elles, réalisées au Maghreb, concernent d'autres variétés de cannabis (Tekrouri en Tunisie, Kiff au Maroc). La plupart des études expriment la consommation de cannabis en joint-années. Ce mode de calcul ne tient pas compte de la quantité souvent variable de cannabis utilisée pour fabriquer le joint. D'autre part, toutes les études reposent sur la consommation dé-

clarée par les consommateurs. Le cannabis étant une substance illicite, une sous-déclaration est vraisemblablement plus fréquente que pour le tabac. Un autre point important est que la plupart des fumeurs de cannabis fument également du tabac. De ce fait, les études menées en Nouvelle-Zélande sont intéressantes car dans ce pays, le cannabis est le plus souvent fumé seul, permettant ainsi de mieux distinguer les risques propres du tabac de ceux du cannabis<sup>(13)</sup>. D'autre part, les populations de consommateurs de cannabis comparées sont variables selon les enquêtes : (a) fumeurs actuels de cannabis *versus* jamais fumeurs de cannabis, (b) fumeurs actuels et anciens de cannabis *versus* jamais fumeurs de cannabis ou encore (c) anciens fumeurs de cannabis *versus* jamais fumeurs de cannabis. Enfin, il faut noter la grande hétérogénéité de la consommation cumulée de cannabis dans les études rapportées, sous-estimant probablement le risque chez les patients les plus durablement et fortement exposés.

### PHYSIOPATHOLOGIE

#### 1) Conséquences de l'exposition à la fumée de cannabis ou aux cannabinoïdes

Chez des jeunes fumeurs de marijuana et/ou de tabac, des endoscopies bronchiques avec biopsie de muqueuse bronchique et lavage bronchoalvéolaire<sup>(17)</sup> ont montré que la consommation de cannabis ou de tabac induisait des aspects d'inflammation et des lésions histologiques similaires. In vitro, les anomalies mitotiques

des cellules pulmonaires humaines en culture sont plus fréquentes après exposition à la fumée de cannabis comparativement à la fumée de tabac <sup>(18)</sup>. De plus, on note une accélération de la prolifération de cellules pulmonaires tumorales humaines cultivées en présence de THC, phénomène dépendant de l'EGFR (*Epidermal Growth Factor Receptor*) et des métalloprotéases <sup>(19)</sup>.

## 2) Effet antitumoral des cannabinoïdes seuls

Les effets antalgiques, anti-émétiques, orexigènes donnent aux cannabinoïdes un rôle adjuvant potentiel dans le traitement des cancers. Leur capacité à déclencher expérimentalement l'apoptose des cellules cancéreuses et d'inhiber la croissance tumorale peut représenter une approche thérapeutique intéressante mais nécessite des études complémentaires <sup>(20)</sup>.

## CONCLUSION

La consommation de cannabis expose l'appareil respiratoire à des dommages sévères. Le rôle du cannabis dans la survenue du cancer bronchique est à l'origine de controverses car il est le plus souvent fumé mélangé au tabac. Il est ainsi difficile de distinguer les responsabilités respectives de chaque produit. Toutefois, des études récentes mettent en évidence la réalité du lien entre consommation de cannabis et cancer bronchique. ■

## Références

- (1) Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *J Epidemiol Community Health*. 1978 ; 32:303-13.
- (2) Carriot F, Sascio AJ. Cannabis et cancer. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2000 ; 48 : 473-83.
- (3) Wu TC, Tashkin DP, Djahed B, Rose JE. Pulmonary hazards of smoking marijuana as compared with tobacco. *N Engl J Med* 1988 ; 318 : 347-51.
- (4) Underner M, Urban T, Perriot J, Peiffer G, Meurice JC. Usage du cannabis et retentissement fonctionnel respiratoire. *Rev Mal Respir* 2013 ; 30 : 272-285.
- (5) Urban T. Manifestations respiratoires liées à l'inhalation de fumée de cannabis *Rev Mal Respir* 2008 ; 25 : 1338-40.
- (6) Tashkin DP, Gliederer F, Rose J, Change P, Hui KK, Yu JL, Wu TC. Effects of varying marijuana smoking profile on deposition of tar and absorption of CO and delta-9-THC. *Pharmacol Biochem Behav* 1991 ; 40 : 651-6.
- (7) Adlington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A, Robinson G, Beasley R. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 2007 ; 62 : 1058-63.
- (8) Underner M, Urban T, Perriot J, de Chazeron I, Meurice JC. Cannabis et cancer bronchique. *Rev Mal Respir* 2014 ; 31 : 488-98.
- (9) Hsairi M, Achour N, Zouari B, Ben Romdhane H, Achour A, Maalej M, Nacef T. Facteurs étiologiques du cancer bronchique primitif en Tunisie. *Tunis Med* 1993 ; 71 : 265-8.
- (10) Voirin N, Berthiller J, Benhaïm-Luzon V, Boniol M, Straif K, Ayoub WB, Ayed FB, Sascio AJ. Risk of lung

- cancer and past use of cannabis in Tunisia. *J Thorac Oncol* 2006 ; 1 : 577-9.
- (11) Berthiller J, Straif K, Boniol M, Voirin N, Benhaïm-Luzon V, Ayoub WB, Dari I, Laouamri S, Hamdi-Cherif M, Bartal M, Ayed FB, Sascio AJ. Cannabis smoking and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb. *J Thorac Oncol* 2008 ; 3 : 1398-403.
  - (12) Han B, Gfroerer JC, Colliver JD. Associations between duration of illicit drug use and health conditions; results from the 2005-2007 national surveys on drug use and health. *Ann Epidemiol* 2010 ; 20 : 289-97.
  - (13) Aldington S, Harwood M, Cox B, Weatherall M, Beckert L, Hansell A, Pritchard A, Robinson G, Beasley R; Cannabis and Respiratory Disease Research Group. Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study. *Eur Respir J* 2008 ; 31 : 280-6.
  - (14) Sascio AJ, Merrill RM, Dari I, Benhaïm-Luzon V, Carriot F, Cann CI, Bartal M. A case-control study of lung cancer in Casablanca, Morocco. *Cancer Causes Control* 2002 ; 13 : 609-16.
  - (15) Sidney S, Quesenberry CP Jr, Friedman GD, Tekawa IS. Marijuana use and cancer incidence (California, United States). *Cancer Causes Control* 1997 ; 8 : 722-8.
  - (16) Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang ZF, Cozen W, Mack TM, Greenland S. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006 ; 15 : 1829-34.
  - (17) Roth MD, Arora A, Barsky SH, Kleerup EC, Simmons M, Tashkin DP. Airway inflammation in young marijuana and tobacco smokers. *Am J Respir Crit Care Med* 1998 ; 157 : 928-37.

- (18) Leuchtenberger C, Leuchtenberger R. The effects of naturally occurring metabolites (L-cysteine, vitamin C) on cultured human cells exposed to smoke of tobacco or marijuana cigarettes. *Cytometry* 1984 ; 5 : 396-402.
- (19) Hart S, Fischer OM, Ullrich A. Cannabinoids induce cancer cell proliferation via tumor necrosis factor alpha-converting enzyme (TACE/ADAM17)-mediated trans-activation of the epidermal growth factor receptor. *Cancer Res* 2004 ; 64 : 1943-50.
- (20) Guzman M. Cannabinoids : potential anticancer agents. *Nat Rev Cancer* 2003 ; 3 : 745-55.

## LIRE UTILE



**ALCOOLOMANIE.**  
**→ ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES DES MÉDECINS DES COMMISSIONS MÉDICALES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE ET DE PRISE EN COMPTE DES USAGES À RISQUE D'ALCOOL CHEZ LES CONDUCTEURS.**  
**MARTINEAU HÉLÈNE**  
 Convention n° 22.00.65.76.12 entre la DSCR (ministère de l'Intérieur) et l'INSERR. Institut national de sécurité routière et de recherches (INSERR), 2014, 74 p.

L'Institut national de sécurité routière et de recherches (INSERR), à la demande du ministère de l'Intérieur, a réalisé une enquête auprès de 1 547 médecins et leurs pratiques en terme de repérage des usages à risque de produits psychoactifs, dont l'alcool, chez les conducteurs accueillis pour une visite d'aptitude au permis de conduire. Ce constat inquiète compte tenu de l'enjeu de sécurité routière que constitue encore l'alcool au volant. Cela a conduit la Délégation à la sécurité et la circulation routières (DSCR) à entreprendre un travail de refonte du système de contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

## LIRE UTILE



**→ FRENCH DECONNECTION**  
**PHILIPPE PUJOL**  
 Editeur : RLA-WILDPROJECT, 2014

L'enquête lauréate du Prix Albert-Londres 2014.  
 La French Connection, dans les années 1970, c'était la drogue fabriquée à Marseille et revendue aux États-Unis.  
 La French Deconnection, aujourd'hui, c'est la drogue fabriquée au Maroc et revendue à Marseille. Avec les mêmes symptômes ici qu'à l'époque aux États-Unis : misère et ghettos.  
 Enquête dans les cités, au cœur des trafics, dans les caves,

auprès des choufs et des nourrices, des politiques et des braqueurs, des habitants et des caïds.

« On dit qu'on ne peut pas entrer dans nos quartiers, moi je dis qu'on ne peut pas en sortir. » *Mourad, 25 ans*  
 « Un autre regard sur des quartiers rongés par l'économie du cannabis. » *Le Monde*  
 « Un électrochoc dans la couverture de l'actualité marseillaise et de ses quartiers nord. »  
*Jury Albert-Londres*  
 Une coédition Robert Laffont / Wildproject

## → ÉQUIPE MOBILE HÉPATITES (EMH) Centre Hospitalier de Perpignan UN NOUVEAU CONCEPT AU SERVICE DES PERSONNES ATTEINTES D'HÉPATITES VIRALES

ANDRÉ-JEAN REMY, MÉDECIN HÉPATOLOGUE – HUGUES WENGER, INFIRMIER COORDONNATEUR – HAKIM BOUCHKIRA, INFIRMIER

L'usage de drogues (UD) est le principal facteur de contamination du VHC en France : en 1999, cela représentait 3 500 nouvelles contaminations/an et en 2004, 1 000 par an. Malgré le plus haut taux de dépistage du monde, 44 % des patients ayant une sérologie hépatite C positive ne sont pas dépistés : où sont ces patients non dépistés auxquels s'ajoutent des patients connus positifs mais non pris en charge ?

En 2004, 60 % des UD étaient VHC positif et 12 % avaient injecté en prison (dont 30 % ont partagé la « seringue ») ; en 2011, 44 % des UD sont VHC positif avec des extrêmes selon les départements de 24 à 56 %. En 2010, une expertise collective de l'INSERM sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue faisait les recommandations suivantes :

- 1/ dépister TOUS les UD pour le VIH et les hépatites B et C et redépister au minimum 1 fois par an ;
- 2/ évaluer l'impact des consultations avancées d'hépatologie : CSAPA, CAARUD UCSA et autres lieux potentiels ;
- 3/ se rapprocher de l'usager au plus près dans les centres CSAPA et CAARUD car cela apparaît un facteur d'amélioration diagnostique et thérapeutique ;
- 4/ favoriser l'accès des UD aux programmes d'éducation thérapeutique, en dehors de l'hôpital ;
- 5/ mettre en place des centres de consultation multidisciplinaire « tout en 1 », du dépistage au traitement et assurer un suivi médical mais aussi social des UD.

En 2012, une enquête téléphonique de l'association SOS hépatites auprès de 136 CAARUD et CSAPA montrait que 72 % des structures médico-sociales ne connaissaient pas le nombre de patients ayant une sérologie C positive dans leur file active et que 25 % ne proposaient jamais le dépistage des hépatites virales. Pourtant dans les missions des CSAPA, il est indiqué que « la prise en charge dans les CSAPA est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative, elle participe dans tous aspects de la prise en charge globale du patient. La prise en charge médicale comprend la recherche des comorbidités somatiques ».

Le 19 mai 2014, le 1<sup>er</sup> rapport d'experts sur les hépatites virales indique pour le dépistage que « l'utilisation de tests d'orientation diagnostique (TROD), qui favorisent le dépistage des populations ne fréquentant pas ou peu les structures médicales classiques, doit être encouragée », pour la prise en charge qu'« un guichet unique consiste à proposer dans les locaux des CSAPA ou des CAARUD l'ensemble de la prise en charge des patients atteints d'hépatite : la prévention, le dépistage, le Fibroscan, la consultation d'hépatologie, la mise en place et le suivi du traitement ; la mise en place de ce traitement devient beaucoup plus facile grâce à toutes les étapes précédentes. L'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient favorisent un suivi régulier et une meilleure observance ; le taux de réponse au traitement est équivalent à celui des personnes non usagères de drogue » et pour les indications thérapeutiques qu'« il est ainsi suggéré de traiter en priorité les patients ayant au moins une fibrose significative (stade de fibrose supérieur ou égal à F2) et, quel que soit le stade de fibrose, ..., les usagers de drogues et les personnes détenues ».

Le 27 mai 2014, la Haute Autorité de Santé rend elle aussi un avis favorable à l'utilisation des TROD hépatite C : « les TROD du VHC constituent un outil complémentaire au dépistage classique dont les avantages doivent permettre d'atteindre certaines populations les plus exposées au risque de VHC et pour lesquelles le dépistage actuel est insuffisant : les personnes à risque les plus isolées et éloignées du système de soins et/ou les plus précaires, vulnérables socialement tels que les usagers de drogue marginaux ; les personnes insuffisamment dépis-

tées mais fréquentant les structures de soins de proximité tels que les usagers de drogue suivis dans le dispositif commun ou dans des centres spécialisés et les personnes en milieu carcéral. Ils pourraient se laisser convaincre par un dépistage faisable immédiatement et au résultat disponible rapidement ».

Actuellement le « réservoir » de l'hépatite C en France est parmi les usagers de drogue, les détenus et les autres personnes en situation de précarité. Le traitement de l'hépatite C des (ex)usagers de drogues est efficace et identique aux autres populations, que ce soit avec ou sans interféron et le traitement permet de réaliser un point d'accroche avec les patients les plus démunis, d'installer une dynamique médico-sociale. L'Equipe Mobile Hépatites du centre hospitalier de Perpignan a été créée en juillet 2013 sur des crédits MERRI dédiés à la lutte contre les hépatites virales et affectés entièrement à cette mission grâce au soutien sans faille de la Direction générale de notre établissement. L'Equipe Mobile se compose d'un médecin à mi-temps, de 2 infirmiers, d'une secrétaire et d'un assistant social. Elle propose sur site à une vingtaine de structures médico-sociales partenaires (CAARUD, CSAPA, CHRS, ACT, etc.) liées par convention, tout ou partie des 6 prestations suivantes : TROD pour les virus VIH, VHC, VHB, évaluation indirecte de la fibrose hépatique par Fibroscan, formation des équipes et information des usagers, journées de rencontre et d'échange dans le but de renforcer les partenariats entre les structures, séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives, consultations médicales avancées. Toutes les prestations sont gratuites pour les patients et les structures. Les 5 premières prestations sont

assurées par des infirmiers par délégation de tâches. La zone d'intervention comprend l'ensemble du département des Pyrénées-Orientales et le Narbonnais, soit une population couverte de 550 000 personnes environ.

L'évaluation à 1 an démontre un bénéfice pour la prise en charge des usagers de drogue sur leurs lieux de vie dans un continuum assuré du dépistage au traitement augmentant le nombre de personnes dépistées, prises en charge et traitées, en étroite collaboration avec les structures partenaires. Le nombre de patients diagnostiqués, (re)pris en charge, (ré)orientés vers le système de soins et traités a augmenté rapidement, y compris avec les nouveaux agents antiviraux directs : 6 % de patients étaient nouvellement positifs et 44 patients se savaient déjà porteurs du virus de l'hépatite C mais ont été repris en charge (17 en cours de traitement, 4 déjà guéris et 23 en attente de bilan ou de traitement). Cette année nous disposons d'un camion aménagé spécialement pour aller vers les zones blanches, qu'elles soient géographiques ou sociales. Douze communications orales ou affichées sur l'action de l'EMH ont déjà été acceptées en France et en Europe.

L'EMH arrive à s'adapter à toutes ces situations, grâce à la mutualisation des compétences des différents partenaires. Coordination, disponibilité, adaptabilité, réactivité, sont les maîtres-mots permettant de faire accéder les (ex)usagers de drogue au traitement antiviral ; cela est éthique, correspond à une égalité d'accès aux soins, efficace pour l'individu et utile à la collectivité en faisant baisser la charge virale globale dans cette population et donc diminuer les risques de contamination. ■

## → LES FEMMES AU SEIN DU CAARUD : UNE FRÉQUENTATION COMPLEXE, UNE PRISE EN CHARGE QUI L'EST TOUT AUTANT ?

MATHILDE KERVARREC – MASTER 2 « DIRECTION DES POLITIQUES ET DISPOSITIFS D'INSERTION, DE MÉDIATION ET DE PRÉVENTION

Selon le baromètre de santé 2010 de l'INPES, environ 40 % des consommateurs de produits psychoactifs seraient des femmes. Les données de l'OFDT montrent qu'en moyenne, en France, seulement 20 % de femmes fréquentent les CAARUD. Ces chiffres n'ont pas, dans l'ensemble, évolué. Ainsi, la question de la femme au sein des CAARUD semble être de plus en plus présente dans l'esprit des professionnels.

La fréquentation d'une structure telle que le CAARUD n'est pas évidente. Ces structures restent, en effet, des institutions relativement stigmatisées dans nos sociétés. Fréquenter le CAARUD revient à mettre aux yeux de tous, une pratique relevant de l'intime. Ce passage de l'intime à l'espace public peut être vécu chez certaines personnes comme une véritable épreuve. Des études comme l'enquête Coquelicot de 2004-2007<sup>(1)</sup> montrent que cette épreuve est d'autant plus difficile pour les femmes. Par conséquent, beaucoup d'entre elles feraient le choix de ne pas se rendre dans ces structures et ce pour diverses raisons.

### STIGMATISATION : L'ÉPREUVE DE L'INSTITUTION

Le CAARUD est, dans notre société, une institution stigmatisée ou du moins méconnue dans ses missions. Toutefois, cette structure semble l'être également par les usagers eux-mêmes. Etiquetée comme une structure accueillant des personnes en situation de grande précarité, une personne socialement insérée pourra ressentir des difficultés à fréquenter le dispositif. Cela est d'autant plus difficile pour une femme puisque contrairement aux hommes, sa consommation relève davantage de l'intime, consommant ainsi rarement en groupe. Exposer sa consommation peut donc relever d'une véritable épreuve pour elle.

### REPRÉSENTATIONS : L'IMAGE DE LA FEMME « DE MAUVAISE VIE »

La femme toxicomane est entourée d'un imaginaire fantasmatique et ce, depuis toujours. La stigmatisation d'autrui déclenche un processus d'enfermement sur soi-même, de honte et de culpabilité. Cette culpabilité

est d'autant plus forte chez la femme-mère consommatrice de produits psychoactifs dont l'image est censée se conformer aux normes de la « mère nourricière et responsable ». La femme toxicodépendante est donc perçue comme doublement déviante : déviance sociale liée aux normes comportementales et déviance de genre due au rôle qu'elles se doivent d'avoir vis-à-vis de leur statut de mère ou de mère potentielle.

La fréquentation et l'usage du CAARUD par les femmes varient selon leur trajectoire de vie, selon leur façon de se percevoir et de percevoir leur consommation à un moment donné. Deux trajectoires peuvent être repérées, de façon relativement schématique, chez les femmes fréquentant le CAARUD. Il s'agit de la « femme marginale » qui fréquentera le dispositif de façon régulière et usant de manière complète les services du CAARUD, et de la « femme insérée ». Cette dernière fréquentera la structure irrégulièrement et n'utilisera des services que partiellement, principalement voire exclusivement pour du matériel de réduction des risques et pour qui être identifiée comme usagère de drogues ayant besoin des services du CAARUD peut être synonyme de « mort sociale ».

Ainsi, de manière générale, les femmes ont davantage tendance à se comporter de manière furtive et discrète au sein des CAARUD. Toutefois, il est possible de repérer certaines femmes avec un comportement dit « masculin » en investissant pleinement la structure. Ces femmes ne ressentiront pas, par conséquent, les épreuves décrites précédemment. Cependant, certains hommes peuvent se comporter « au féminin » avec une fréquentation discrète, un usage furtif du dispositif et une consommation

relevant de l'intime. C'est pourquoi, créer une séparation si évidente entre les sexes ne s'avère pas toujours optimale pour l'accueil et l'accompagnement du public.

La recherche menée au sein du CAARUD « Le Pare-A-ChuteS » du Morbihan a permis de rendre compte des difficultés que ces femmes peuvent éprouver en venant dans la structure.

D'ailleurs, je n'ai pu en rencontrer que très peu. Discrètes et relativement fuyantes, seulement deux ont accepté de participer à la recherche. Au-delà des réponses énoncées plus haut sur les épreuves, la fréquentation et les usages des femmes au sein des CAARUD, cette recherche a permis de déterminer l'importance que ces femmes apportaient à leur identité ainsi qu'à la façon dont elles étaient identifiées dans la société. Elles sont mères, voisines, collègues ... et toxicomanes.

Comment protéger cette dernière identité sans risquer de compromettre les autres ? Chacune d'entre elles met en place une stratégie afin de ne pas être « repérée » et donc identifiée comme usagère de drogues.

Soumises à de nombreuses contradictions dans leurs discours, elles tentent de trouver un équilibre dans la dialectique « ce que je veux faire » et « ce que je peux faire ».

Ainsi, quand nous nous interrogeons sur la place de la femme au sein des CAARUD, il est important de prendre en considération les individualités de chacune de ces femmes. Doit-on nécessairement mettre en place des espaces et/ou des temps destinés exclusivement aux femmes ?

Quand certaines craignent la présence masculine, d'autres aiment, au contraire, cette mixité.

Ici, la question du territoire semble fondamentale. En effet, quand ces espaces fonctionnent dans des grandes villes (exemple de la Boutique 18 à Paris), la recherche a pu montrer que dans la région bretonne, il ne s'agit pas d'initiatives fondamentales pour les usagers.

Il est donc important de soulever la question de la femme au sein du CAARUD. Toutefois, il est impossible d'y répondre objectivement. Chaque territoire, chaque structure rencontrent des problématiques différentes entraînant des besoins différents chez les femmes. Ainsi, il n'y a pas de bonnes réponses mais de multiples solutions répondant aux désirs de chacune pour une meilleure intégration et un meilleur accompagnement du public féminin dans les CAARUD. ■

### Bibliographie

- Beck F., Guignard R., Richard J-B., Tovar M., Spilka S., *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre de Santé 2010*. Tendances n° 76, OFDT, 6 p., juin 2011.
- Toufik A., Cadet-Tairou A., Janssen E., Gandihon M., *Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD*. Tendances n° 68, OFDT, 4 p., mai 2008.

### Références

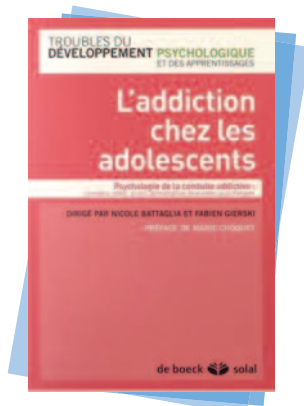
- (1) Roustide-Jauffret M., Femmes usagères de drogues et pratiques à risques de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologiques et socio-anthropologiques. Enquête Coquelicot 2004-2007, France, pp.95-98 - InVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique Femmes et addictions, n° 10-11, 10 mars 2009.

→ **L'ADDICTION CHEZ LES ADOLESCENTS : JEUX VIDÉO, ALCOOL, DROGUES... DE L'ASSUÉTUÉ À L'ADDICTION**  
 NICOLE BATTAGLIA,  
 FABIEN GIERSKI  
 234 pages – Broché  
 Editeur : Solal Editeurs, 2014

Le développement de l'enfant et du jeune adolescent est souvent apprécié dans la littérature en psychologie à l'aune de sa possibilité de prise d'autonomie et d'ajustement psychosocial. Devenir de plus en plus autonome et, par ailleurs, se retrouver au fil de l'existence et malheureusement parfois assez jeune, comme en témoignent les études épidémiologiques, assujéti à des conduites addictives comportementales ou à produits : tel est le devenir de certains jeunes. Faire face – à des événements de vie traumatiques, à des contraintes émotionnelles et sociales réelles ou imaginées – en s'addictant parfois, souvent, intensément, au prix subséquemment d'altérations somatiques et/ou cognitives, et d'un renforcement de difficultés de régulations affectives et sociales : tel est le paradoxe de l'ajustement psychosocial de la personne engagée sur la trajectoire addictive.

La psychologie des conduites addictives actuelle, tous champs disciplinaires confondus, prend la mesure des effets délétères sur la santé et la qualité de vie de cette trajectoire développementale problématique et souligne la nécessité d'étudier très précisément les conditions d'engagement de la personne sur la trajectoire addictive, trajectoire allant de l'exposition occasionnelle à la pathologie.

L'étude des processus impliqués dans la genèse des conduites addictives apparaît aujourd'hui comme l'une des grandes préoccupations scientifiques. Initialement centré sur l'étude de la spécificité – de l'objet d'addiction (comportement ou produit), des facteurs de risque et de vulnérabilité, de l'impact psychologique ou cérébral de produits à pouvoir toxicomanogène et de la dépendance –, l'accent s'est peu à peu déplacé dans la littérature vers des conceptions invitant à une compréhension intégrative et dynamique de la conduite addictive, et cela, notamment, indépendamment de la spécificité de l'objet d'addiction, c'est-à-dire produit ou comportement.

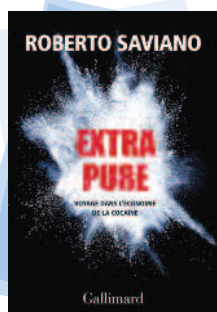


La littérature nous offre ainsi un ensemble de modélisations théoriques du concept d'addiction assez abouti et c'est sans nul doute depuis les travaux du psychiatre anglais Aviel Goodman que notre compréhension de la dynamique processuelle relative à l'addiction a progressé. Dès 1990, l'auteur a proposé une définition de l'addiction en la décrivant comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Il a associé

à cette définition de l'addiction une critériologie certes générale mais assez précise du trouble addictif, c'est-à-dire non centrée sur des substances ou comportements spécifiques.

Depuis, tout invite à considérer que la « problématique addictive » n'est sans doute pas située là où on l'imagine encore trop souvent. En effet, ni située uniquement dans la spécificité du produit ou du comportement considéré, ni située uniquement dans la structure biologique ou personnelle, ni située uniquement dans l'univers social et culturel ; nous savons que c'est à l'interface de ces différentes sphères qu'il convient de l'étudier.

Dès lors, penser la problématique addictive du point de vue de sa dynamique « biopsychosociale » a permis de réexaminer le concept d'addiction, de le préciser tant en compréhension qu'en extension, d'en apprécier la multidimensionalité pour enfin insister sur la nécessité d'en étudier aussi, et peut-être surtout, les aspects développementaux.



→ **EXTRA PURE : VOYAGE DANS L'ÉCONOMIE DE LA COCAÏNE**  
 ROBERTO SAVIANO  
 464 pages – Éditeur : Gallimard

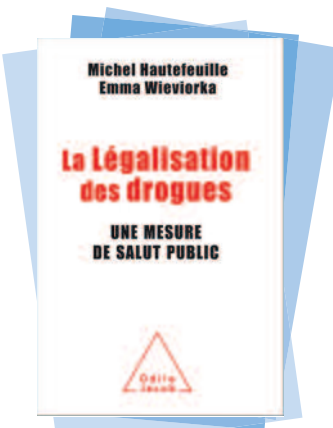
« Se plonger dans les histoires de drogue est l'unique point de vue qui m'a permis de comprendre vraiment les choses. Observer les faiblesses humaines, la physiologie du pouvoir, la fragilité des relations, l'inconsistance des liens, la force colossale de l'argent et de la férocité. L'impuissance absolue de tous les enseignements mettant en valeur la beauté et la justice, ceux dont je me suis nourri. Je me suis aperçu que la coke était l'axe autour duquel tout tournait. La blessure avait un seul nom. Cocaïne. La carte du monde

était certes dessinée par le pétrole, le noir, celui dont nous sommes habitués à parler, mais aussi par le pétrole blanc, comme l'appellent les parrains nigériens. La carte du monde est tracée par le carburant, celui des moteurs et des corps. Le pétrole est le carburant des moteurs, la coke celui des corps. »

Après *Gomorra*, Roberto Saviano poursuit son travail d'enquête et de réflexion sur le crime organisé. Mais, cette fois, il sort du cadre italien pour penser à l'échelle mondiale. D'où le crime tire-t-il sa force ? Comment l'économie mondiale a-t-elle surmonté la crise financière de 2008 ? Une seule et même réponse : grâce à l'argent de la cocaïne, le pétrole blanc. Pour le comprendre, *Extra pure* nous convie à un voyage du Mexique à la Russie, de la Colombie au Nigeria, en passant par les États-Unis, l'Espagne, la France et, bien sûr, l'Italie de la 'Ndrangheta calabraise. Au fil de cette exploration, l'auteur raconte avec une puissance épique inégalée ce que sont les clans criminels partout dans le monde. Et il va plus loin encore, car c'est tout le fonctionnement de l'économie qu'il démonte impitoyablement.

→ **LA LÉGALISATION DES DROGUES : UNE MESURE DE SALUT PUBLIC**  
 MICHEL HAUTEFEUILLE,  
 EMMA WIEVIORKA

224 pages – Éditeur : Odile Jacob  
 La prohibition des drogues en France est inefficace. Loin d'enrayer la dépendance et ses conséquences sur la santé, la répression l'aggrave. Nourrir le rêve d'un monde sans drogue est criminel. Il encourage le pire, met les jeunes en danger, favorise les actes de délinquance et nourrit les économies parallèles. Le laxisme ne réside pas dans la dépénalisation, mais dans la naïveté que nous avons de croire qu'un simple interdit pourrait mettre fin au marché des narcotiques. Avec la légalisation contrôlée, le combat ne fera que commencer. Médecins addictologues, Michel Hautefeuille et Emma Wieviorka plaident pour une légalisation, seule à même de faciliter l'accès à des soins et de freiner la



consommation de stupéfiants. Cette question ne concerne pas uniquement la santé publique mais la société toute entière, sa sécurité, sa justice et son avenir.

*Extra pure* n'est ni une enquête ni un essai, ni un roman, ni un récit autobiographique, mais tout cela à la fois et bien plus encore. Pour Roberto Saviano, c'est aussi l'occasion de s'ouvrir, de se confier,

d'évoquer avec gravité et sincérité le danger et la solitude, le désir de mener une vie comme celle des autres et la détermination à poursuivre son combat.

## INTRODUCTION

Opposer la drogue comme pathologie de la volonté au travail comme effort méritant est simpliste. En effet, drogue et travail vont souvent de pair. La question est : pourquoi ? Et au-delà de cette étude des causes de l'usage des drogues au travail, quelles en sont les raisons ? La notion de normalité fournira le cadre de compréhension de leurs relations.

## I) Drogue et travail vont souvent ensemble.

## Même : ils se réclament mutuellement

A) Drogue et travail se réclament pour résister, compenser, cultiver, se surpasser

- 1) Le travail réclame la drogue pour résister, compenser et cultiver
- 2) La drogue permet aussi de « performer »

B) Drogue et travail recherchent un surplus d'être, mais provoquent l'angoisse

- 1) Drogue et travail sont deux moyens de nous élever au-dessus de notre condition
- 2) Mais être davantage que soi-même génère de l'angoisse

## II) Le travail est une normalisation que la drogue vient déformer

A) Le travail informe, la drogue déforme — ou l'inverse ?

- 1) Dans nos sociétés, le travail s'impose comme une norme primordiale
- 2) La drogue marque une ligne de partage entre normal et anormal

B) Drogue et travail sont deux normes en dialogue

- 1) Qu'est-ce que le travail ? qu'est-ce que la drogue ?
- 2) Le bon travail est un travail libre. Y a-t-il une bonne drogue ?

## → DROGUE ET TRAVAIL

GUILLAUME VONDERWEID – PROFESSEUR DE PHILOSOPHIE /

À première vue, aucun rapport entre drogue et travail, c'est-à-dire entre une substance chimique plus ou moins euphorisante et une activité professionnelle plus ou moins pénible.

Ils s'opposeraient plutôt, comme le plaisir à la peine, la facilité à l'effort, l'extravagance aux responsabilités, la déchéance à la carrière.

Pourtant, un travail pénible, précisément, peut appeler une compensation euphorisante. Il peut aussi réclamer la drogue comme un constituant culturel. Ainsi l'alcool qui coule à flot dans tels et tels milieux professionnels « virils », ou qui exige une socialisation apéritive. Plus profondément, on peut discerner dans la drogue la recherche d'un surplus que la vie courante ne donne pas, de même qu'en un sens le travail cherche un surplus – d'argent, de reconnaissance, de réalisation de soi – que la vie courante ne donne pas. Et inversement, c'est aussi parce qu'on veut être plus que ce qu'on est, qu'on fuit comme on peut un travail abêtissant. Si cette quête de surplus peut toujours prendre les voies divergentes de la fête ou du travail, elle peut donc s'exprimer conjointement par la drogue au travail – pour le supporter ou s'y intégrer, s'y dépasser ou s'en délasser. La drogue joue alors pleinement son rôle « d'aménagement du réel ».

Une fois la drogue sortie du rôle manichéen de substance diabolique pour être étudiée dans sa réalité en demi-teinte de gestion d'un quotidien tantôt ambitieux, tantôt frustré, on la verra jouer un rôle pivot dans la définition de l'individu par lui-même, dont la normalité est le centre, qu'elle soit imitée,

récusée ou subvertie. Le tabac chez les jeunes et l'alcool dans les fêtes illustrent bien ce rejet d'une norme (l'enfance, l'ordre social) au profit d'une autre (l'âge adulte, le renversement des cadres sociaux, en particulier dans les carnivals). On parle ainsi de drogues sans substance pour désigner des comportements destructeurs, anti-sociaux, bref : « anormaux ». La dépendance aux jeux de hasard ou aux jeux vidéo, au sexe, au sport, au travail, sont très similaires à la toxicomanie : même obsession, même isolement progressif – sans pourtant que la chimie du corps ne soit altérée... La drogue se définit ainsi comme une variable sociale où, en fonction des modes de consommation, des types de substances ou d'activités, de la capacité d'autocontrôle, le consommateur se définit lui-même comme usager « normal » de drogue ou est stigmatisé comme toxicomane, et donc « anormal ».

Or le travail est précisément au centre de nos vies à la fois comme ce qui leur donne une place sociale identifiable, une utilité, une reconnaissance, constituant à ce titre un moteur – ou une distortion – de notre normalité et de notre singularité. La drogue y joue alors naturellement le rôle de variateur, de mise à distance des pressions normalisatrices du

monde professionnel, mais plus largement, des contraintes sociales qui nous empêchent ou nous permettent d'être « nous-mêmes ». C'est pourquoi la drogue se positionne toujours par rapport au travail (par empiètement ou séparation), et tend à devenir elle-même un travail, soit pour l'usager de drogue qui, s'il veut réguler ses habitudes, doit devenir un « professionnel de la consommation », soit pour l'abstinente qui décide de venir en aide aux autres. (Alcooliques anonymes, etc.).

Le rapprochement de la drogue et du travail pose donc la question de la normalité et du sens, de l'image sociale de l'individu et de sa capacité à se choisir, c'est-à-dire de sa place dans la société et de sa liberté dans le monde. ■

## Bibliographie

- CRIGNON (Anne), *et al.* : « Tous addicts ! », *Le Nouvel Observateur*, n° 2591, juil. 2014, pp. 68-79.
- FAUGERON (Claude), KOKOREFF (Michel) *et al.* : *Société avec drogues*, ERES, Trajets, 2002.
- FONTAINE (Astrid) : *Double vie : Les drogues et le travail*, Empêcheurs de tourner en rond, 2006.
- GENOUX (Flora) : « La drogue au travail : les dopés du quotidien », *Le Monde*, 13 avril 2012.
- MÉDA (Dominique) : *Travail : La révolution nécessaire*, L'aube, L'urgence de comprendre, 2010.

## CONCLUSION

Drogue et travail sont deux façons d'accéder à soi-même. On retrouve en eux le paradoxe de la liberté moderne : s'engager au risque de s'aliéner ou rester libre au risque de se perdre.

## → LIRE UTILE

→ PSYCHIATRIE, PÉDOPSYCHIATRIE, ADDICTOLOGIE : MATURATION, VULNÉRABILITÉ, CONDUITES ADDICTIVES

LAURENT KARILA – 283 pages  
Éditeur : Med-Line Editions



→ Le **CONGRÈS INTERNATIONAL SUR LES TROUBLES ADDICTIFS / International Congress on Addictive Disorders (ICAD)** se tiendra à **NANTES LES 16 ET 17 AVRIL 2015** à la Faculté de Pharmacie (9 rue Bias). Il aura pour thématique « un focus sur les addictions comportementales ».

Il fait suite à l'édition de 2010, qui avait remporté un grand succès et permis aux cliniciens et chercheurs de se rencontrer.

Son comité scientifique, composé d'experts internationaux, témoin de la dimension internationale que nous souhaitons donner à cet événement dont les interventions seront traduites simultanément en anglais ou en français.



Cliniciens et chercheurs, spécialisés dans le domaine des addictions comportementales, pourront se retrouver pour partager leurs pratiques et exposer leurs travaux de recherche, débattre du concept d'addictions comportementales et présenter les nouveautés en matière de compréhension et de prise en charge des troubles.

**Ce congrès sera suivi le 18 avril matin** par une rencontre entre le grand public, les cliniciens et les chercheurs, consacrée aux liens entre la maladie de Parkinson et les addictions comportementales. <http://www.ifac-addictions.fr/congres-international-troubles-addictifs-2015.html>



→ En 2015, c'est la ville de Lille qui accueillera les **JOURNÉES NATIONALES DE LA FÉDÉRATION ADDICTION, LES 4 ET 5 JUIN À LILLE GRAND PALAIS** autour du thème : « Addiction(s), aux marges de nos mondes ? ». Bousculer les représentations – Déployer les missions – Rapprocher les actions

Les Journées Nationales proposent chaque année plus d'une vingtaine d'ateliers, qui sont des lieux d'échanges et d'interactions sur les pratiques de terrain. Proposez dès maintenant votre communication en atelier : remplissez le dossier d'appel à communication téléchargeable. [www.federationaddiction.fr](http://www.federationaddiction.fr)



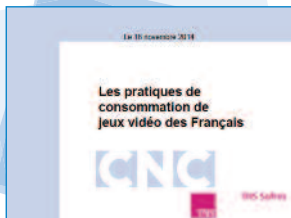
→ **DU 23 AU 25 SEPTEMBRE 2015**, la **PREMIÈRE CONFÉRENCE EUROPÉENNE SUR LES COMPORTEMENTS ADDICTIFS ET LES DÉPENDANCES** se tiendra à **LISBONNE**.

Ce sera un événement multidisciplinaire, mettant en vedette la recherche européenne sur la dépendance pour les domaines spécialisés de drogues illicites, de l'alcool, du tabac, du jeu et d'autres comportements addictifs. [www.lisbonaddictions.eu](http://www.lisbonaddictions.eu)



→ **LOI ET ADDICTION**  
COLBEAUX CHRISTIAN  
2014 – Broché : 164 pages  
Ed. : L'Harmattan

La stigmatisation des substances psychotropes n'empêche pas l'industrie d'abreuver nos concitoyens de benzodiazépines, toutes aussi addictives. La loi républicaine serait-elle clivée ? Les lois édictées de par le monde font la fortune de mafias qui menacent la démocratie. Quelle législation pour l'addiction ? Le langage instaure l'être parlant comme sujet au désir, dont la satisfaction ne peut être qu'interdite. Donc manquée, assurant ainsi la pérennité de la quête de jouissance. L'addiction déroute-t-elle à la loi symbolique ?



→ **LES PRATIQUES DE CONSOMMATION DES JEUX VIDÉO DES FRANÇAIS**

Centre national du cinéma et de l'image animée (CNC), TNS Sofres, 2014-11, 22 p.

Enquête en ligne, réalisée par TNS Sofres, entre le 13 et le 25 septembre 2014, auprès d'un échantillon représentatif de 2 800 Français âgés de 6 à 65 ans dont 2 000 individus de 15 à 65 ans et 800 enfants de 6 à 14 ans sur leurs pratiques en matière de consommation de jeux vidéo au cours des six mois précédents, du mois de mars au mois d'août 2014.

→ **ENQUÊTE SUR LES HABITUDES DE CONSOMMATION D'ALCOOL DES ÉTUDIANTS ET LEURS RAPPORTS AUX ACTIONS DE PRÉVENTION**

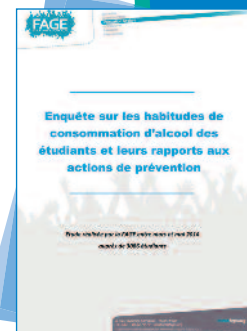
Fédération des associations générales étudiantes (FAGE), 2014-10, 13 p.

En tant qu'organisation de jeunesse et d'éducation populaire, la FAGE, Fédération des associations générales étudiantes, a pour objectif de développer des actions en faveur de la prévention des conduites à risques auprès de la jeunesse, et notamment en milieu étudiant.

Cette politique entre dans une démarche globale de promotion de la santé et a pour ambition de susciter une prise de conscience sur la consommation de substances psychoactives, la polyconsommation ou les risques d'addiction tout en tenant compte des spécificités de la vie étudiante.

C'est dans ce cadre que la FAGE a lancé en 2014 une étude sur la consommation d'alcool. Au-delà des éléments de diagnostic permettant de mettre en lumière les habitudes de consommation de cette catégorie de la population, l'enquête a pour objectif de réfléchir aux leviers d'action permettant d'agir de manière efficace auprès des populations les plus exposées aux risques.

[http://www.fage.org/ressources/documents/2/2110%2CEnquete\\_alcool\\_fage\\_macif\\_2014-VF.pdf](http://www.fage.org/ressources/documents/2/2110%2CEnquete_alcool_fage_macif_2014-VF.pdf)



## La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd  
Janvier 2015 - N° 21  
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 Bonfils, Nicolas Bonnet, Anne-Cécile Cornibert

Secrétariat : Maria Baraud

Ont collaboré à ce numéro : Nicolas Bonnet, Anne Borgne, Anne-Cécile Cornibert, Mathilde Kervarec, Jean-Claude Meurice, Jean Perriot, André-Jean Remy, Michel Underner, Thierry Urban, David Michels, Guillaume Vonderweid

© Textes et visuels : Respadd 2015  
Bernard Artal Graphisme  
Imprimerie Peau

Tirage : 3 500 exemplaires