

la Lettre du respadd

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS



6

MARS 2011

SOMMAIRE

→ ADDICTOLOGIE

- Usages d'Internet à l'adolescence
- Psycho-traumatismes et addictions : de l'évitement à la répétition
- Comment évaluer la dangerosité d'une drogue ?

→ AGENDA

→ TABACOLOGIE

- Création, évolution, actions de la consultation de tabacologie du centre hospitalier Jacques Boutard de Saint-Yrieix-la-Perche (CHJB) en Haute-Vienne

→ LIRE UTILE



© Korionov

portements partagent plusieurs facteurs de risque communs dont la connaissance est indispensable à la mise en place d'actions de prévention ou de prise en charge efficaces.

Ce nouveau numéro de la Lettre du Respadd illustre ces différents constats et renforce notre stratégie de prise en charge globale des addictions appuyé par le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011. Vous y retrouverez tant les dernières données sur la dangerosité des drogues qu'une enquête sur l'usage d'Internet par les adolescents ainsi que les liens entre psychotraumatisme et addictions. Sans oublier un zoom sur la consultation de tabacologie du CH de Saint-Yrieix (Haute-Vienne).

La consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites constitue un important facteur de risque de multiples problèmes sociaux et de santé.

A ces comportements s'ajoute la pratique des jeux de hasard et d'argent qui, à maints égards, peut être considérée comme un phénomène de consommation. L'usage et l'abus de ces produits ainsi que la dépendance qu'ils peuvent engendrer sont la cause de nombreux problèmes de santé,

d'accidents et de problèmes psychosociaux pour les individus et leur entourage. En Occident, le tabagisme reste la première cause de décès et d'incapacité, la consommation d'alcool la troisième et la consommation de drogues illicites la huitième. Les conséquences de ces comportements engendrent des coûts sociaux élevés, qu'ils soient directs, par exemple pour les soins, ou indirects pour les pertes de productivité associés aux décès et maladies précoces. Ces com-

Je vous rappelle également que le RESPADD et la mission FIDES de l'AP-HP organisent une conférence « risques professionnels et addictions » le 28 avril (inscriptions sur www.respadd.org) et que nous vous attendons le 16 juin à Paris pour nos 16^{es} rencontres placées sous le signe des « dynamiques de réseaux » réalisées en partie en collaboration avec l'Association française pour la réduction des risques.

Dr Anne Borgne,
Présidente





TOXICOMANIE PARENTALE ET DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DE 6-12 ANS : recension des écrits et pratiques de pointe en développement.

LANDRY V. Montréal : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, 2010, 36 p.

Ce document du centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (Canada) traite d'un « Programme d'intervention familiale 6-12 ans ». Afin de mieux comprendre les enjeux relatifs à la toxicomanie parentale sur le développement des enfants, ce document présente tout d'abord les grandes caractéristiques du développement des enfants âgés entre 6 à 12 ans. Il expose ensuite les principaux impacts de la toxicomanie parentale sur le développement des enfants de cette catégorie d'âge.

http://www.centredollardcormier.qc.ca/cdc/pub/CDC_Rapport_parentalitefinal.pdf



“L'ALCOOL DANS LE CORPS”

Un outil pédagogique pour les élèves du second degré (document suisse)

Le site “L'alcool dans le corps” offre aux lycéens des animations en ligne pour mieux comprendre ce qu'est l'alcool, comment il agit dans le corps et le cerveau, comment on l'élimine et pourquoi on peut en devenir dépendant. Le site “L'alcool dans le corps” propose également aux enseignants des exercices et des animations afin d'approfondir certains thèmes en classe.

→ USAGES D'INTERNET À L'ADOLESCENCE

MARION HAZA, EMELINE GROLLEAU – PSYCHOLOGUES CLINIENNES / ASSOCIATION ARCAD

Nous présenterons les résultats d'une recherche concernant les usages d'Internet à l'adolescence⁽¹⁾. 97 % utilisent Internet sans différence garçon/fille ni par rapport à l'âge. On va donc vers un usage qui concerne tout le monde, toutes catégories sociales ou professionnelles confondues.

La première connexion a lieu entre le CE2 et CM1, puis fin CM2, début 6ème. Les plus grands sont normalement plus avertis, et donc armés par rapport à l'usage d'Internet, l'accès aux informations en tout genre, la rapidité, la quantité, les relations virtuelles, les fausses informations et les images trafiquées. A 8/9 ans, l'enfant est dans la période de latence, calme après l'Œdipe et avant l'éruption pubertaire. Il est disponible pour les apprentissages et l'ouverture à la culture, ce qui peut passer par des recherches sur Internet. A 11 ans, l'enfant sort de la latence et ne tarde à être envahi de questions liées à la puberté. Internet peut être un réservoir d'informations sur des questions honteuses ou inavouables (corps changeant, sexualité, questions existentielles, identitaires....).

A 7 ans, déjà 13 % sont allés sur Internet. Avant cet âge, les enfants sont en difficulté pour filtrer les informations reçues et ont besoin d'accompagnement (adulte), pour les aider à saisir le sens de toutes ces données, à les traduire. En effet, avant 7 ans, l'enfant peut se confronter à des images ou des discours qu'il ne comprend pas et peuvent prendre une valeur traumatique. 1/3 des parents seulement accompagnent leurs enfants lors de la première connexion. 1/4 y va seul. Les filles sont davantage accompagnées par des adultes lors de la première connexion (parents ou professeur), alors que les garçons y vont davantage seuls ou avec d'autres enfants. On peut faire l'hypothèse que ceci est lié à une manipulation plus précoce des nouvelles technologies par les garçons, qui expérimentent



© courtyardpix

plus aisément. Les filles sont peut être aussi plus protégées par les adultes, perçues comme plus vulnérables que les garçons.

9/10 n'ont pas d'horaires précis pour aller sur Internet. Plus ils grandissent, moins ils ont d'horaires précis. Internet prend donc une place importante dans la vie familiale.

95 % ont le droit d'y aller seul (pas de différence selon l'âge ou le sexe), ce qui pose la question des limites et des interdits liés à l'âge de l'enfant. La seule différence posée concerne le temps passé et non pas les contenus. Ceci pose réellement une question de confusion au niveau des âges. En effet, hors des mondes virtuels, la plupart des enfants et adolescents doivent se soumettre à des règles, des lois, des limites, des interdits. Ces interdits se modifient et se modulent avec l'âge. Ici, dans ces nouvelles réalités, la différence entre génération se voit davantage gommée, derrière l'anonymat de l'internaute. Il semble encore difficile de trouver des repères concernant ce qui est ou non autorisé, à tel ou tel âge, même par des parents rigoureux en dehors d'Internet. Ceci est à lier au renversement des rôles entre

génération autour de l'outil Internet, où ce sont les adolescents qui maîtrisent et peuvent transmettre et enseigner aux adultes. La question de la place de chacun est donc clairement en jeu et importante à préserver ! Il y a moins de 6èmes qui vont tous les jours sur Internet que de 3èmes (moitié moins) (3/10 pour les 6èmes et 6/10 pour les 3èmes). Ceci va dans le sens de la question des limites que nous venons d'évoquer : c'est le temps (hebdomadaire ou journalier passé sur Internet qui fait la différence entre 11 et 15 ans.

On peut aussi remarquer que globalement, les 6èmes ont d'autres activités (loisir, sport, musique...) qui occupent leur emploi du temps et ils partagent leurs temps entre diverses occupations. En moyenne, ils sont connectés 2 h 30 par jour ; 2 h en 6ème et 3 h en 3ème. Pour les 6èmes, 50 % y passent moins d'une heure et environ 10 % plus de 4 h. Chez les 3èmes, 22 % y vont plus de 3 h ; 47 % de 2 à 3 h. Soit en moyenne 17 heures. 10 h pour les 6èmes, 22 h pour les 3èmes. Les adolescents limitent eux-mêmes leur temps passé sur Internet (par rapport au temps autorisé). Les 3èmes



passent plus de temps sur Internet que les 6èmes, mais ils s'autorégulent et passent moins de temps que ce qui leur est autorisé.

Ceci semble révéler l'importance du Surmoi, intériorisation d'interdits et support de toutes les règles. Cette instance contrôle et modère l'usage d'Internet, tant en qualité qu'en quantité. Les adolescents semblent avoir intégré cette instance surmoïque, même au sujet des mondes virtuels, qui leur permet de ne pas perdre pied face à leur ordinateur. On peut se demander si les adolescents qui abusent des jeux vidéo et d'Internet ont intériorisé cette instance régulatrice qui canalise la consommation. Dans ce que l'on considère comme consommation excessive, ce sont surtout les garçons, mais c'est aussi lié au type d'activités des garçons sur le net ! Ils déclarent avoir passé d'affilée sur le net, en 6ème en moyenne 3,5 h ; en 3ème 9 h et en 4ème 4 h.

Ce sont les filles qui disent avoir le plus de mal à quitter l'ordi (alors que ce sont les garçons qui disent consommer plus !). Les filles se trouvent peut être plus vulnérables par rapport à la dépendance. Elles ont davantage peur de se laisser happer par ce monde, et d'avoir du mal à s'en dégager. Elles se sentent plus fragiles face à Internet et à l'usage qu'elles en font, davantage tourné sur un versant narcissique et identitaire. Enfin, les adolescents les plus en souffrance sont ceux qui passent le plus de temps sur Internet et sont aussi ceux qui fument, boivent, prennent des risques... ce sont des signes de mal-être. Internet n'est pas la cause du mal-être mais un indicateur au même titre que les autres manifestations ou symptômes !

On peut noter une différence d'activités sur le net selon le genre. Dans la psychopathologie ou dans la vie quotidienne, les adolescents garçons sont plus dans l'acte, dans l'éprouvé sensorimoteur (éventuellement violent), l'agressivité, ou la prise de risques. C'est la même chose sur Internet. Il faut être le meilleur, afin de construire et d'affirmer son identité, d'être reconnu par les autres (notamment dans le groupe de pairs, la guilda dans les MMO par exemple). La compétition dans les jeux per-

met d'expérimenter des rôles différents, de tester et d'explorer les limites du monde, de soi, du corps, du lien à l'autre, et bien sûr l'agilité dans la manipulation. On est parfois dans la prise de risque, la démonstration de virilité masculine comme on peut le voir se déployer dans des vidéos montrant des prouesses (danse, sport, violence, sexualité, Machinima...). L'usage d'Internet par les adolescents garçons rentre donc bien dans les normes sociales rattachées aux rôles et aux fonctions du masculin.

D'un point de vue clinique, les filles ont plus de questions sur soi, de moments dépressifs, et de problèmes rattachés au corps. Dans l'usage d'Internet, on retrouve des similitudes. Ceci peut être mis en lien avec la valorisation de l'image féminine, et tout ce qui entoure les jeunes depuis leur plus jeune âge : ils sont toujours bombardés d'images publicitaires, notamment de corps féminins mis en beauté (parfois par truquage). Cet étalement des corps féminins induit sûrement cet attrait pour le mode de mise en lien par vidéo et webcam chez les adolescentes qui commencent à ressentir des sensations nouvelles dans leur corps pubère. Par ailleurs, dans tous les sites servant à l'écriture, ce qui est

mis en avant est la narration de soi, la description, la mise en valeur de la personnalité, des avis, des questionnements existentiels. Il s'agit avant tout de se retrouver face à soi, davantage de s'adresser à un double d'elles-mêmes pour mettre des mots sur ce qui est difficile à se représenter. Ces textes échangés et commentés favorisent aussi des identifications participant à la construction identitaire féminine.

En conclusion, il apparaît évident que l'utilisation montante des TIC (technologies de l'information et de la communication) doit être accompagnée chez les adolescents, afin de leur offrir des outils leur permettant de se prémunir des risques liés à Internet, tout en ne diabolisant pas ces technologies et les apports non négligeables qu'ils en tirent. ■



(1) 2000 collégiens rencontrés dans 9 collèges de Charente Maritime. ARCAD. www.arcad33.fr

_ LIRE UTILE

JEUNES ET ALCOOL. CONSOMMATION EN BAISSÉ, IVRESSES OCCASIONNELLES EN HAUSSE.

AMSELLEM-MAINGUY Y.
Observatoire de la jeunesse.
Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP).
in : Bulletin d'études et de synthèses, n° 3, janvier 2011, 4 p.



Dans sa dernière livraison, la nouvelle publication de l'Observatoire de la jeunesse s'intéresse à la consommation d'alcool des jeunes Français. Intitulé « Consommation en baisse, ivresses occasionnelles en hausse », ce troisième numéro de *Jeunes : études et synthèses* a été réalisé par Yaëlle Amsellem-Mainguy, chargée d'études et de recherche à l'INJEP, à partir des analyses présentées dans le cadre du groupe de travail « Alcoolisation excessive des jeunes » mis en place par les ministères en charge de la jeunesse et de la santé en juin 2010. L'analyse

révèle que la consommation d'alcool des jeunes Français reste dans la moyenne européenne. À 17 ans, les comportements d'ivresse sont globalement stables ces dernières années, avec des nuances dans les usages : si les ivresses régulières diminuent, celles qui sont occasionnelles progressent. <http://www.injep.fr/Jeunes-études-et-synthèses-no3.html>

Les affects vécus en excès impliquent de faire du traumatisme un événement « non-venu ». L'addiction participerait ainsi à l'évitement, à la répression des affects et au contre-investissement chimique du monde interne, vécu comme menaçant.

Cependant, il nous semble que l'addiction soit également au service de la « répétition », en dupliquant des éprouvés intenses, violents et non-intégrables pour la psyché, par une décharge souvent brutale et cyclique qui aurait une visée *traumatolytique* – de « traitement » du traumatisme. L'idée sous-jacente est de s'appropriar l'angoisse en la maîtrisant, en luttant contre la désorganisation par la recherche de sensation ou de calme, tout en l'accompagnant

d'un sentiment de « triomphe ». Chez nos sujets, l'addiction répétée, comme dans la névrose traumatique (mais cette fois-ci dans l'acte), une expérience qui procure une effraction de l'appareil psychique, une expérience non mentalisée, non-liée psychiquement, mais visant à garder les affects sous contrôle.

Ce travail en cours a pour objectif de pouvoir élaborer des modèles psychothérapeutiques auprès de sujets présentant des conduites addictives. Il paraît en effet nécessaire de prendre en compte la place et l'importance du psychotraumatisme dans l'addiction et de l'intégrer à son traitement. ■

Références

(1) LEBIGOT F. (2005), « Traiter les traumatismes psychiques ». Paris, Dunod.

(2) FREUD S. (1915), « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort » in *Essais de psychanalyse*. Paris, Edition Payot, 1981.

(3) BREMNER J.D. & al (1996), « Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans : course of illness and substance abuse ». *Am J Psychiat* ; 153 (3) : 369-374.

(4) MILLS K.L. & al (2006), « Trauma, PTSD and substance use disorders : findings from Australian national survey of mental health and well-being ». *Am J Psychiat* ; 163 : 652-658.

(5) KESSLER R. C. & al (1995), « Posttraumatic stress disorder in the National comorbidity survey ». *Arch Gen Psychiat* ; 52 : 1048-1060.

(6) HUANG S. & al (2011), « The long terms effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood ». *Addictive Behaviors* ; 36 : 95-102.

(7) FREUD S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir » in *Essais de psychanalyse*. Paris, Edition Payot, 1981.

(8) FERENCZI S. (1934), « Réflexions sur le traumatisme », trad. Fr., in *Psychanalyse 4*, Paris, Payot, 1982, p. 139-147.

(9) WURMSER L. (1984), « The role of the superego conflicts in substance abuse and their treatment ». *International Journal of psychoanalytic Psychotherapy*, 10 : 227-258.

(10) KRISTAL H. (1978), « Trauma and affects ». *The Psychoanalytic Study of The Child* ; 33 : 81-116.

(11) PIRLOT G. (2009), « Psychanalyse des addictions ». Paris, Armand Colin.

(12) SIFNEOS P.E. (1972), « The prevalence of « alexithymia » characteristics in psychosomatic patients », *Topics of Psychosomatic Research*, Bâle, S, Karger.

(13) MARTY P. (1980), « L'ordre psychosomatique ». Paris, Edition Payot 1998.

(14) MAC DOUGALL J. (1989), « Théâtre du corps ». Paris, Folio essais.

→ **APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT**

Représentations, dépistages et prévalences du jeu problématique

INGLIN S., GMEL G., DELGRANDE JORDAN M. Rapport de recherche n° 52. Lausanne : Addiction info suisse, 2010, 124 p.



Le présent rapport offre donc un éventail de ce que sont les jeux et de ce qu'ils représentent dans notre société et délivre des informations diverses sur leurs

appréhensions tant au niveau individuel que médical et social.

http://www.sucht-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/RR_52.pdf

→ **LES CARRIÈRES DE CONSOMMATION DE COCAÏNE CHEZ LES USAGERS « CACHÉS ».**

Dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives.

REYNAUD-MAURUPT C., HOAREAU E. Saint-Denis La Plaine : Observatoire français des drogues et de toxicomanies (OFDT), 2011, 273 p.



Outre sa diffusion croissante, les enquêtes quantitatives récentes ont montré que l'usage de la cocaïne se développait dans des milieux sociaux de plus en plus diversifiés. Pourtant, seule une partie des usagers de ce produit est connue des institutions sociosanitaires ou répressives (le plus souvent

des usagers d'héroïne de longue durée sous traitement de substitution qui utilisent occasionnellement ou régulièrement de la cocaïne, ainsi que des personnes le plus fréquemment caractérisées par des situations de grande précarité, usagers de crack notamment). Dans ce contexte, l'OFDT a souhaité, à travers son dispositif TREND, être en mesure de mieux décrire les individus qui, ne fréquentant pas les structures d'accueil ou n'ayant pas rencontré de difficulté au plan judiciaire, restent largement méconnus, donc « cachés ».

→ **RISQUES DE CANCERS ET PRODUITS DU TABAC « SANS FUMÉE »**

Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer (INCa), 2010, 4 p.



Le terme de « produits de tabac sans fumée » désigne le tabac « à priser » ou « à chiquer ». La consommation de tabac sans fumée a été pendant longtemps très répandue dans le monde. Dans certaines régions du monde, elle demeure encore la forme la plus répandue du tabagisme. La cancérogénicité des produits du tabac sans fumée est prouvée : ils sont à l'origine de cancers des voies aérodigestives supérieures,

de l'œsophage, et du pancréas (OMS, 2006).

Par ailleurs, les produits de tabac sans fumée, consommés majoritairement par les jeunes, sont fortement addictifs et conduisent à la consommation de produits à fumer.

SUICIDE, ADDICTIONS ET PSYCHIATRIE DE LIAISON

Jeudi 31 mars 2011
Evreux



Sous la présidence du Pr Frédéric Rouillon, amphithéâtre, Hôpital Général (site Cambolle).

Renseignements : Service de Psychiatrie Pavillon Calmette Hôpital de Vernon - 5, rue du Dr Burnet - 27200 Vernon
Tel. : 02 32 71 66 69
Fax : 02 32 71 69 10

3^e JOURNÉE RESPADD-FIDES SUR LES RISQUES PROFESSIONNELS LIÉS AUX ADDICTIONS

Le jeudi 28 avril se tiendra un colloque "Drogues, Alcool, Tabac : les addictions au travail, les risques psychosociaux et conduites addictives" à l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris, XV^e). Organisé par le Respadd et la mission Fides de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, il est ouvert aux adhérents du Respadd sur inscription à www.respadd.org

5^{es} JOURNÉES DE L'ALBATROS

Du jeudi 9 au samedi 11 juin 2011
Cité Internationale Montsouris Paris XIV

Date limite de soumission de communication : 15 mars 2011
Inscription 1^{ère} deadline : 30 avril 2011

16^{es} RENCONTRES DU RESPADD

16 juin 2011
Salle ASIEM, Paris
Les 16^{es} rencontres du Respadd auront lieu cette année le 16 juin à Paris. Elles porteront sur les dynamiques de réseaux et une partie de la journée sera organisée conjointement avec l'Association française pour la réduction des risques. Programme à suivre.

L'ALCOOL DANS LA CITÉ

Réunion de la SFA
1-2 décembre 2011
Maison internationale, Paris
Organisée par la Société Française d'Alcoologie
Contact : Princeps Editions
64, av. du Général de Gaulle
F-92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : 33 (0)1 46 38 24 14
Fax : 33 (0)1 40 95 72 15
princeps.formation@orange.fr
www.sfalcoologie.asso.fr

→ COMMENT ÉVALUER LA DANGEROUSITÉ D'UNE DROGUE ?

PHILIPPE BATEL – MD PHD, PSYCHIATRE-ADDICTOLOGUE / UNITÉ DE TRAITEMENT AMBULATOIRE DES MALADIES ADDICTIVES (UTAMA) / HÔPITAL BEAUJON, AP-HP
100, boulevard du Général Leclerc – 92110 Clichy Cedex

La catégorisation des drogues est probablement aussi ancienne que la découverte des vertus psychodysléptiques des quelques premiers composés avalés, fumés ou inhalés.

Aujourd'hui, devant le nombre croissant de substances psychoactives disponibles sur les marchés officiels et illégaux, les molécules détournées de leur usage industriel ou médical, la tentation est grande de les classifier, répertorier et de les cartographier. Pour se repérer, comprendre, appréhender leurs mécanismes d'actions, selon diverses caractéristiques comme leur structure, leur famille chimique, leurs principaux effets ou leurs statuts licites ou illicites des chercheurs, des théoriciens, des cliniciens se sont essayés à une catégorisation des substances psychoactives.

Bien évidemment, chaque classification est un point de vue : celui de l'utilisateur s'attachera plus volontiers aux effets des substances, celui du neurobiologiste sera très pharmacologique, celui du clinicien se préoccupera de la nature des dommages qu'elles peuvent produire et celui du juriste aux

aspects légaux de la détention et du commerce. Pour des raisons diverses, une préoccupation est néanmoins partagée par tous : la dangerosité des substances psychoactives.

Historiquement, il faudra attendre 1971 pour que la classification de l'OMS compare les principales drogues selon leur capacité à engendrer une tolérance, une dépendance physique et une dépendance psychique.

Auparavant, la classification de Jean Delay et Pierre Deniker (1957) ne s'était attachée qu'à regrouper les psychotropes selon des classes d'effets de produits (dépresseurs, stimulants, hallucinogènes, etc.). Plus tard le rapport Pelletier (1978) reprenait les principales conclusions du rapport de l'OMS en ne s'intéressant qu'aux drogues disponibles en France.

En 1998, l'académicien et pharmacologue Bernard Roques,

sur une commande politique de Bernard Kouchner alors ministre de la Santé classait 7 drogues (alcool, tabac, héroïne, cocaïne, psychostimulants, benzodiazépines et cannabis) selon cinq critères : dépendance physique, dépendance psychique, neurotoxicité, toxicité générale et dangerosité sociale (cf. Tableau 1 ci-dessous).

Plus récemment, au Royaume Uni, une commission de spécialistes présidée par David Nutt a été chargée de classer vingt drogues en fonction de leur niveau de dangerosité⁽¹⁾. Un score a été établi pour chacune d'entre elles en utilisant une méthodologie incluant seize critères. Neuf d'entre eux étaient attribués aux niveaux de dommages individuels (ceux que la drogue peut induire chez le consommateur) dans les domaines physique (mortalité et morbidité spécifique comme relative), psychologique (dépendance et altération du fonc-

FACTEURS DE DANGEROUSITÉ DES "DROGUES"

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA "ecstasy"	Psychostimulants	Alcool	Benzo-diazépines	Cannabinoïdes	Tabac
"Suractivation dopaminergique"	+++	++++	+++	++++	+	±	+	+
Etablissement d'une hypersensibilité à la dopamine	++	+++	?	+++	±	?	±	?
Activation du système opioïde	++++	++	?	+	++	+	±	±
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	?	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte ^a	forte	éventuellement très forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte (cancer)
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible (exceptions possibles)	forte	faible ^b	faible	0
Traitements substitutifs ou autres existant	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

a) pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique – b) sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de "soumission" ou d'"autosoumission", où la dangerosité devient alors très forte.

Tableau 1. Extrait de « La Dangerosité des drogues », rapport au secrétariat d'état à la santé. Bernard Roques, Odile Jacob, Paris 1998, 316p

Tableau 2

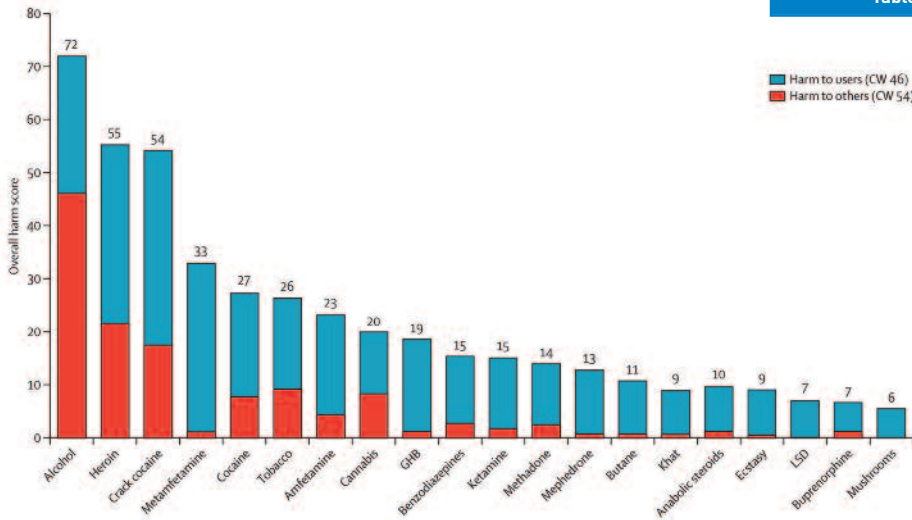


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others. The weights after normalisation (0-100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

tionnement mental) et social (impact sur les biens et les relations sociales). Sept pour les dommages sociaux incluant les crimes, les dommages environnementaux, le coût économique et les perturbations interrelationnelles (entourage, famille, profession). Un score entre 0 et 100 était attribué à chacune des drogues.

Comme l'avait déjà fait le rapport de Bernard Roques, cette commission classe l'alcool et l'héroïne à des niveaux de haute dangerosité due non seulement à leur impact sur les consommateurs mais aussi sur les autres (cf. Tableau 2). Contrairement au rapport français, le tabac est présenté avec

une dangerosité relativement faible (score de 26) du à son impact faiblement évalué de dommages sur les autres.

Cet essai de hiérarchisation des produits selon leur dangerosité contient bien évidemment des limites. Deux d'entre elles méritent d'être soulignées.

- La première concerne l'absence d'un indice « addictogénicité » fiable de chaque drogue ; c'est-à-dire la capacité de chaque produit de développer une dépendance quelle qu'en soit la nature (physique, psychique ou comportementale). Le calcul théorique de cet in-

dice pourrait s'exprimer en pourcentage du nombre d'utilisateurs qui deviennent dépendants de ceux qui en ont un usage soutenu.

Or si de rares études épidémiologiques transversales ou prospectives permettent de situer par exemple celui de l'alcool à 5 %, ce ratio est très mal appréhendé pour les produits psychoactifs à faible niveau d'usage ou ceux illicites dont l'usage et le mésusage échappent à l'observation.

Dans le travail de la commission de Nutt, l'indice de dépendance n'est calculé que sur la propension de chaque produit à développer une dépendance psychique. Cet indice manque

cruellement aux préventeurs. Ainsi, ne serait-il pas utile d'informer un jeune adulte que son usage régulier de métamphétamine lui fait courir le risque d'en devenir dépendant dans plus de 80 % des cas ?

- Un grand nombre de dommages des drogues dépendent de leur disponibilité et leur statut juridique qui varie d'un pays à l'autre. Ainsi les résultats ne s'appliquent pas nécessairement aux pays avec des attitudes légales et culturelles très tolérantes vis-à-vis des drogues.

Pourtant, il est important de retenir de ces rapports tentant de hiérarchiser la dangerosité des drogues que les deux drogues les plus utilisées dans notre pays (l'alcool et le tabac) ont des indices de dangerosité très élevés et sont licites alors que la très grande partie des produits qui ont une moindre dangerosité sont illicites. De quoi faire voler en éclat la fracture licite/illicite des drogues comme celle des représentations que nous avons des drogues dures et douces. ■

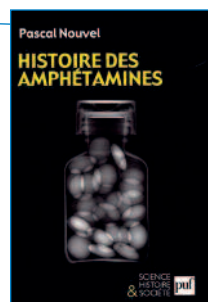
(1) Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet. 2010 Nov 6;376(9752):1558-65. Epub 2010 Oct 29.

— LIRE UTILE

HISTOIRE DES AMPHÉTAMINES

NOUVEL P. Paris : Presses universitaires de France (PUF), 2009, 296 p.

Longtemps la philosophie, la religion ou la politique ont permis à l'homme d'effectuer des modifications sur lui-même. Mais le XX^e siècle a vu apparaître une nouvelle façon de transformer l'homme : une façon technique. Parmi les techniques qui ont ainsi été développées, les psychotropes occupent une place prépondérante. Et parmi les psychotropes, les amphétamines occupent elles-mêmes une position centrale : premier psychotrope de synthèse, leur histoire a, très tôt, soulevé toutes les questions inhérentes à



L'usage d'instruments de modification de soi-même.

Ce livre raconte l'histoire de ces substances : leur découverte en 1928, leur expansion puis leur déclin et leur interdiction à l'échelle planétaire à partir de 1971 leur renouveau, ensuite, qui voit la diversification de la molécule initiale avec l'apparition de dérivés (ritaline ecstasy, méthamphétamine, etc.) et leur utilisation pour certaines pathologies.

Première histoire naturelle et politique des amphétamines publiée en France, ce livre est aussi l'occasion d'une réflexion sur l'ensemble des transformations de l'homme par lui-même qu'apporte la biologie : le bio-pouvoir.

TABAC ET PRÉCARITÉ. ET SI NOUS ÉTIIONS TOUS CONCERNÉS...

Un outil destiné aux intervenants de première ligne BUONOMO S., RASSON C., RENARD C., DEKEYSER F. Bruxelles : Fonds des Affections Respiratoires (FARES) asbl, 2010, 23 p.

Cette brochure propose des pistes de communication basées sur une démarche de promotion de la santé et d'entretien motivationnel.



Vous y découvrirez des repères et illustrations pratiques pour aborder le tabagisme dans le cadre d'une conversation ou d'une démarche plus collective, sous forme d'ateliers par exemple.

<http://www.fares.be/documents/brochureprecarite.pdf>



→ CRÉATION, ÉVOLUTION, ACTIONS DE LA CONSULTATION DE TABACOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER JACQUES BOUTARD de Saint-Yrieix-la-Perche (CHJB) en Haute-Vienne

DR CHANTAL BILLIET

Septembre 2009 : enquête sur le profil tabagique de la population hospitalière par questionnaire anonyme facultatif, avec forte participation des agents hospitaliers (>31 %). Les résultats suivants ressortent :

- 37 % des agents fument, 8 % de façon occasionnelle
- parmi les non-fumeurs : 36 % n'ont jamais fumé, 19 % sont ex-fumeurs, 2 % en voie d'arrêt
- la dépendance physique se répartit ainsi : 15 % très forte, 26 % forte, 18 % moyenne, 41 % faible
- 67 % consomment des cigarettes manufacturées, peu de tabac à rouler (18 %, 11 % utilisant des tubes)
- 59 % des agents justifient d'une substitution nicotinique
- 45 % expriment un désir d'arrêt



- la proposition d'aide au financement des substituts nicotiques majore la motivation de 5 %.
- Les résultats décrits ci-dessus ont permis à l'établissement de s'engager dans une démarche d'aide aux personnes souhaitant arrêter de fumer et de proposer un programme d'accompagnement pour les agents hospitaliers avec protocole. **L'établissement assure par ce fait la prise en charge financière des substituts nicotiques.**

Le 1er novembre 2009, le CHJB crée une consultation de tabacologie par la volonté du député-maire Daniel Boisserie et du directeur de l'hôpital Raphaël Bouchard, visant qualité de soins et service à la population du Pays Arédien dans le cadre d'une médecine de proximité.

Médecin tabacologue-nutritionniste libéral, je deviens médecin tabacologue hospitalier, passionnante expérience dans la démarche suivante :

- construction d'un réseau par travail concerté avec la presse locale, les médecins généralistes, spécialistes, courriers et courriels
- adhésion au Respadd en avril 2010, élément de soutien fédérateur indispensable
- utilisation du dossier national de tabacologie complété du test de Gilliard

- dossiers entrés dans CDT-net
- courrier de suivi régulier aux médecins référents
- questionnaires de rappel à tous les consultants à 12 mois.

Le 18 juin 2010 le personnel du CHJB est sensibilisé par un stand d'information avec dosage du CO expiré, dans le hall de l'hôpital, dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac avec 15 % des personnels venant visiter le stand.

Pour rencontrer d'autres acteurs de la lutte anti-tabac, la population de la région, le CHJB participe aux Relais pour la Vie (07/2007). L'information sur la consultation se déploie.

En janvier 2011 un article résumé de l'enquête paraît dans le journal du centre hospitalier, relayant information et sensibilisation. ■

→ RAPPORT D'ACTIVITÉ DU CHJB COMPARATIVEMENT AUX STATISTIQUES SUR LA PÉRIODE D'UN AN FRANCE ENTIÈRE

La population de consultants se décrit ainsi :

- 64 % de femmes plus âgées que sur la France entière
- 36 % d'hommes de 52 ans en moyenne, moins nombreux et plus âgés
- plus haut risque cardio-vasculaire au CHJB, porteurs de BPCO, à profil dépressif 3 fois supérieur chez les femmes et 2 fois pour les hommes
- fumeurs réguliers de cigarettes manufacturées plus que de tabac à rouler, (23 cigarettes/j pour les hommes, 21 pour les femmes) ; dépendance physique plus forte (Fagerström 7 vs 6 en France)
- frein majeur : prise de poids, accru car 59 % des femmes et 39 % des hommes ont déjà subi d'importantes variations de poids
- moindre consommation de cannabis, plus de boissons alcoolisées et café que la population nationale ; test DETA comparable, test HAD confirmant le

profil anxio-dépressif marqué

- importance de l'arrêt, confiance en l'arrêt du tabac similaires aux consultants nationaux.

→ SUIVI

••• À 1 MOIS

- 44,4 % des hommes, environ 22 % des femmes sont en arrêt de tabac (vs 3,6 et 4 % en France)
- 6 % ont réduit leur consommation de plus de 50 % (vs 2 %) ; 3 % sont perdus de vue, 3 % fument toujours ; les perdus de vue sont considérés fumeurs (6%).

••• À 6 MOIS

- Les perdus de vue sont très supérieurs aux statistiques nationales
- 39 % des hommes, 15,6 % des femmes sont en arrêt (vs 2,5 %) ; 11 % des hommes, 6 % des femmes sont en réduction.

••• À 12 MOIS

- 15 % sont perdus de vue
- 17 % des hommes et 6 % des femmes sont en arrêt, considérés comme ex-fumeurs

- 3 % des femmes sont en réduction tabagique.

Comparativement aux données nationales, les consultants du CHJB sont moins assidus en suivi, mais le taux d'arrêt à 1 an est supérieur à la moyenne nationale (vs 0,5 % d'arrêt, 0,4 % de réduction, 0,5 % de perdus de vue).

La consultation de tabacologie se développe, répondant à une demande d'écoute empathique marquée. Ma formation en nutrition lève le frein de la prise de poids. La difficulté reste d'assurer un suivi avec une demi-journée par semaine : consultation longue (60 puis 30 minutes) non rémunérée à hauteur du temps investi. Une efficacité en 15 minutes n'est pas réalisable même si certains l'écrivent.

La foi, l'engagement du médecin tabacologue ont besoin de soutien, de l'aide des acteurs politiques, administratifs pour perdurer dans la réalité, au regard de la hausse du tabagisme en France.

Des ateliers d'éducation thérapeutique, de consultation de groupe se dessinent au CHJB dans cet esprit.

La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd
Mars 2011 - N° 6
ISSN 2105-3820
96 rue Didot
75014 Paris
Tél : 01 40 44 50 26
Fax : 01 40 44 50 46
www.respadd.org
contact@respadd.org

Directeur de Publication : Anne Borgne

Directeur de Rédaction : Nicolas Bonnet

Comité de rédaction : Francine Bonfils, Nicolas Bonnet, Lætitia Rostand

Secrétariat : Maria Baraud, Céline Martin

Ont collaboré à ce numéro : Philippe Batel, Chantal Billiet, Nicolas Bonnet, Anne Borgne, Émeline Grolleau, Marion Haza, Alexandre Sinanian

© Textes et visuels : Respadd 2011
Bernard Artal Graphisme
Imprimerie Peau

Tirage : 4 000 exemplaires