

la Lettre du RESPADD



33

NOVEMBRE 2018

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

SOMMAIRE

→ ADDICTOLOGIE

- La clinique et ailleurs
- Rapport de situation mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé 2018 (*Global status report on alcohol and health 2018*) – Mise au point et points marquants

→ TABACOLOGIE

- Smokitten, un *serious game* sur smartphone pour arrêter de fumer

→ PROMOTION DE LA SANTÉ

- L'étude BOURDON sur la santé des étudiants en médecine

→ LIRE UTILE

- Réduction des risques en pratique SWAPS, édition européenne, n° 1

→ LIRE UTILE EN ANGLAIS

→ AGENDA

En ce mois de novembre, la troisième édition de *Moi(s) sans tabac* vient ponctuer une année 2018 d'une richesse inédite dans la lutte contre le tabagisme :

• Programme national de lutte contre le tabac

Le programme national de lutte contre le tabac (PNLT-2018-2022) s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses objectifs : « Prévenir l'entrée dans les conduites addictives » et « réduire les prévalences des pratiques addictives et des comportements à risque ». Il est la suite et l'amplification du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 dont toutes les actions ont été réalisées avant son terme.

Il s'articule pleinement avec les priorités du Plan prévention dont il met en œuvre les engagements en matière de lutte contre le tabagisme, notamment en direction des jeunes.

• Fonds de lutte contre le tabac

L'article 28 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 a introduit un nouveau prélèvement sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de tabac, qui a vocation à financer un fonds relatif à la prévention du tabagisme. Ce fonds est créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) depuis le 1^{er} janvier 2017. Son conseil de gestion est présidé par le directeur général de la Cnam et composé de représentants des caisses d'assurance maladie, des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), de Santé publique France, de l'Institut national du cancer (INCa), ainsi que de personnalités

qualifiées désignées par arrêté du ministre en charge de la santé pour une durée de trois ans. Son comité technique, qui comprend des représentants des membres du conseil de gestion, est chargé de préparer les avis soumis au conseil. Il se réunit autant que de besoin.

Le fonds contribue au financement des actions locales, nationales et internationales en cohérence avec le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT). Ces actions ont vocation à répondre à 4 orientations stratégiques :

- protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ;
- aider les fumeurs à s'arrêter ;
- amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé ;
- soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge. Dès 2018, ce sont 100 millions d'euros qui sont engagés en ce sens, notamment à travers des appels à projets.

• Remboursement des substituts nicotiques à 65 %

Le 28 mai 2018, Agnès Buzyn, la ministre de la Santé et des Solidarités, a présenté le plan « Priorité prévention » qui prévoit notamment le remboursement par l'Assurance maladie des traitements de substitution nicotinique à hauteur de 65 %.

Ces mesures viennent s'ajouter à l'élargissement de la possibilité de prescription des substituts nicotiques depuis le 1^{er} janvier 2016 aux infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes (pour l'entourage), chirurgiens-dentistes et médecins du travail. La rédaction de la prescription de substituts nicotiques peut se faire directement sur papier libre

en double exemplaire en y indiquant les mentions suivantes : nom, prénom et numéro d'identification ; nom et prénom du patient ; date ; dénomination du médicament + dosage + posologie + durée du traitement + nombre d'unité de conditionnement ; signature.

Pour le RESPADD, 2018 c'est :

- la reconnaissance de sa stratégie **Lieu de santé sans tabac** comme un axe prioritaire du Programme national de lutte contre le tabac. S'inscrivant dans la suite de la politique Hôpital sans tabac pour laquelle elle en assure le renouveau, ce soutien apporté à notre stratégie Lieu de santé sans tabac est la reconnaissance de notre engagement partagé, de notre combat, de votre soutien.
- la rédaction du livret **Premiers gestes en tabacologie** en collaboration avec l'AFIT&A devenu en quelques mois un *best-seller* et le guide de référence pour l'ensemble des professionnels de santé.

- La création et la diffusion d'une nouvelle approche innovante et inédite en tabacologie, fondée sur les preuves, coût-efficace, et déterminante pour assurer des soins tabac pour tous : la **formation au repérage précoce - intervention brève en tabacologie**, formation au « savoir-faire » dont les premiers résultats viennent confirmer l'importance de ce changement de paradigme, du besoin de renouveau en tabacologie.

Fort de tous ces signaux, gageons que 2018 signe le début d'une nouvelle ère, celle de la fin du tabagisme.

Anne Borgne,
Présidente du Respadd



ASSISTANCE
PUBLIQUE HÔPITAUX
DE PARIS

→ LA CLINIQUE ET AILLEURS (seconde partie*)

TRADUCTION : AUDE BANDINI

PR TODD MEYERS – ANTHROPOLOGUE / NEW YORK UNIVERSITY–SHANGHAI

Ce texte fait suite à la communication de Todd Meyers lors des 23^{es} Rencontres du RESPADD**Tournons-nous maintenant vers le présent.**

Sans fausse modestie, je doute avoir grand chose à ajouter à ce qui a déjà été dit dans les médias et discuté par les professionnels directement touchés au sujet de la crise des opioïdes aux États-Unis. Si vous avez eu l'occasion de passer un peu de temps sur le sol américain récemment, vous n'avez sans doute pas pu y échapper. *Combien de versions différentes peut-on donner de la même histoire ?* Mais l'histoire des opioïdes aux États-Unis aujourd'hui est-elle la même qu'il y a dix ans, ou même qu'il y a seulement deux ou trois ans ? Des versions différentes, il y en a certainement toute une variété. Dans cet ensemble, on pourrait s'intéresser à la manière dont les antalgiques et les narcotiques sont devenus très facilement accessibles, et à celle dont les industriels du médicament ont littéralement inondé le marché. C'est ainsi qu'on se retrouve aujourd'hui dans cette situation à peine croyable où des États comme des municipalités intentent des procès contre les compagnies pharmaceutiques. Au cours du seul mois passé, six États ont ainsi lancé des poursuites judiciaires contre le laboratoire Purdue Pharma, fabricant de l'OxyContin. Ce même industriel a été attaqué il y a quelques jours à peine par l'État du Massachusetts, pour avoir « propagé de fausses informations » concernant les propriétés addictogènes de ses produits, alors que des documents internes ont prouvé que l'entreprise avait connaissance des risques impliqués. Les poursuites légales intentées contre Purdue Pharma et les autres compagnies pharmaceutiques font intervenir la loi sur les pratiques commerciales mensongères (*Deceptive Trade Practices Act*), et ciblent plus particulièrement le comportement des industriels qui ont eu recours à

des stratégies de vente particulièrement agressives, tout en sachant pertinemment « que leurs produits étaient potentiellement dangereux, et que leur usage pouvait très vraisemblablement conduire au développement de conduites addictives ». Plus stupéfiant encore : il s'avère que Purdue Pharma a tout bonnement menti au sujet des programmes de prévention et de prise en charge des addictions qu'il aurait mettre en place. Le fabricant avait donc conscience du risque, mais a néanmoins continué à accumuler les profits, alors même que le nombre d'overdose augmentait. Il a alors tout simplement menti en affirmant redoubler d'efforts pour renforcer ses dispositifs de prévention et de prise en charge. Voilà une manière, parmi d'autres, de raconter l'histoire de la crise des opioïdes aux États-Unis.

On peut même identifier plusieurs variations au sein même de ce récit, et ce faisant, reconstruire les différentes parties du réseau auquel les industriels ont eu recours pour déployer leurs plans d'actions, et repérer aussi ceux qui se sont laissé prendre dans cette toile. Nan Goldin, une artiste et photographe contemporaine, a par exemple lancé un projet innovant et particulièrement remarquable sur ce sujet : le projet P.A.I.N, pour « Prescription Addiction Intervention Now ». Il s'agit d'une organisation dont le mandat est d'attirer l'attention du public sur la complicité dont ont fait preuve certains des acteurs les plus puissants du monde de l'art et des institutions artistiques aux États-Unis – notamment les Fondations Solomon Guggenheim et Dia Art – ceux-ci ayant bénéficié de larges donations offertes par certaines grandes familles de « fournisseurs d'opioïdes ». Dévoiler et exposer aux regards, c'est l'arme que Goldin a toujours utilisé dans son travail

artistique. Étant elle-même aux prises avec un problème de dépendance aux opioïdes, elle a pendant des dizaines d'années soigneusement documenté l'histoire de plusieurs de ses amis et amants durant l'épidémie du SIDA, et élaboré sur cette base plusieurs récits visant à témoigner de l'expérience des violences physiques et sexuelles, de l'alcoolisme, et de l'évolution des tendances en matière de co-dépendances. Au sujet de son propre combat contre la maladie, elle écrit : « C'est votre propre peau qui se révolte contre vous. » Étant donné ce que nous savons désormais des fabricants de certains des opioïdes les plus largement prescrits au pays, c'est notre peau collective qui devrait se mettre à frémir toute entière.

“ C'est ainsi qu'on se retrouve aujourd'hui dans cette situation à peine croyable où des États comme des municipalités intentent des procès contre les compagnies pharmaceutiques. ”

Une autre version de cette histoire Américaine serait celle de la facilité avec laquelle on peut désormais se procurer certains médicaments (notamment le Fentanyl), en particulier en se fournissant auprès de fabricants étrangers (en particulier Chinois). Ce faisant, on se retrouverait renvoyé à tout l'imaginaire des narcotrafiquants de naguère, transportant leur marchandise d'un côté à l'autre des frontières. Il y a à peine un peu plus d'un mois, ce sont plus de 50 kilogrammes de Fentanyl pur qui ont été saisis en une seule

prise, dans une zone rurale du Nebraska. La réputation du Fentanyl comme traitement contre la douleur est désormais complètement salie par les risques d'addiction qu'il entraîne, mais aussi en raison des nombreuses morts qu'il cause. Il n'y a sans doute rien là qui soit vraiment de nature à nous surprendre. Ce qui est pourtant étonnant, c'est la manière dont le fait que le Fentanyl soit maintenant importé depuis l'étranger s'est retrouvé au cœur des débats publics, comme s'il s'agissait là d'une attaque menée contre les États-Unis, tirant parti de la forte demande qui s'y exprime. Habitant et enseignant désormais en Chine (quoique dans une université américaine), je peux témoigner du fait que les histoires de laboratoires clandestins, à Wuhan ou dans d'autres villes, où se produisent des quantités invraisemblables de Fentanyl et d'autres substances, ne sont pas réservées aux médias américains : elles relèvent d'un discours beaucoup plus large, celui qui concerne la mondialisation des marchés, l'offre et la demande globales, et que l'on considère à la fois comme des tendances extraordinairement néfastes, mais qui, par leur ampleur n'en inspirent pas moins une sorte de fascination.

D'autres récits...

Naturellement, il y a aussi les histoires individuelles. Dans la majorité des médias populaires, les histoires individuelles tournent autour de considérations d'ordre personnel : c'est le résultat de l'effort que font certains journalistes, parfois sans beaucoup de recul ni de réflexion critique mais pas toujours, pour mettre des visages humains sur cette épidémie. Ce qui a cependant commencé à apparaître dans les médias (qu'il s'agisse de la *National Public Radio*, ou de grands organes de presse comme le *Washington*

Press, Harper's magazine et the Atlantic), c'est une sorte de double tentative de rendre compte de la diversité de formes que peut prendre l'épidémie, en particulier de celles qui sont plutôt inattendues : par exemple la charge financière que l'addiction fait peser sur les familles, les circonstances et événements individuels ou familiaux (les épisodes de crises avant la crise) qui parfois y conduisent, et – *et surtout* – des illustrations saisissantes de l'ampleur qu'a prise l'épidémie. Ce point est crucial. Il y a – et je m'excuse si je donne peut-être l'impression d'exagérer, mais je suis réellement convaincu qu'il y a là-dedans une motivation sociale et politique – il y a un effort concerté et assez admirable de la part des journalistes pour que les témoignages des personnes frappées par cette épidémie se multiplient, et que cet effet de masse réponde en quelque sorte à l'état de saturation du marché des médicaments sur prescription. Ils exposent les dommages causés aux personnes, encore et encore, pour que ce sujet ne soit pas noyé dans le flot des informations et disparaisse. Le fait que l'épidémie soit visible fait désormais partie de l'un des traits distinctifs de cette épidémie des opioïdes. Il ne s'agit peut-être pas d'occuper tout l'espace ou de focaliser toute l'attention, mais au moins peut-être d'amener le regard à se fixer avec un minimum d'attention sur ce phénomène. Les effets que l'usage de ces médicaments a entraîné dans les zones rurales ou urbaines, sur les populations de travailleurs en situation de pauvreté ou issues de la classe moyenne, la manière dont ces opioïdes ont d'abord été introduits dans le cadre des dispositifs de prise en charge des douleurs post-opératoires ou consécutives à des blessures, le type de liens que cela peut entretenir avec d'autres sortes de comportements délétères sur le plan politique et social, dans des contextes de ressources limitées, la manière dont les individus, les familles, ou encore



les communautés en subissent les conséquences, les vieillards comme les jeunes gens : tous ces portraits se superposent l'un par-dessus l'autre, portrait sur portrait, comme si l'on cherchait à constituer une sorte de mosaïque de l'épidémie, centrée sur des personnes.

Ils deviennent visibles, indiscutablement...

Il y a encore une manière de raconter comment l'épidémie a finalement gagné en visibilité, et qui encore absente jusque-là : celle que nous fournit son profil épidémiologique. On pourrait alors parler de quelque chose comme un éveil épidémiologique. L'un de mes amis, épidémiologiste sans être cependant spécialiste des addictions, m'a dit un jour « Tu ne sais pas de quoi tu parles tant que tu n'as pas commencé à compter ». En tant qu'anthropologue, j'ai spontanément toujours tendance à me méfier des conclusions tirées sur la base de méthodes purement quantitatives et statistiques. Cependant, dans le cas de la crise des opioïdes actuelle, il est effectivement crucial de s'intéresser aux nombres, ou plus spécifiquement, à ceux qui *comptent*, et ceux qui sont *comptés*. On a ainsi consacré beaucoup d'attention à l'épidémie touchant les blancs, alors même qu'elle frappe encore plus de monde dans les communautés Afro-américaines et Latinos. Le vocabulaire de

l'épidémie et même celui de la crise ont seulement commencé à être employés quand on s'est intéressé à la manière dont la consommation d'opioïdes affectait les populations blanches. Ici, le fait de *compter* a bien permis de convoquer l'imaginaire propre à l'épidémiologie, mais sous une de ses facettes en particulier.

Là encore, il n'y a certainement pas de quoi être surpris : ce n'est certainement pas la première fois que des facteurs ethniques ou de race se révèlent exercer une influence sur ce que l'on considère ou non comme un problème de santé publique. Dans son remarquable ouvrage *Discovering Addiction*, l'historienne Nancy D. Campbell a bien montré comment les différents régimes d'accessibilité, de circulation, de contrôle, et surtout de traitement, jouent sur les sensibilités morales et sociales, et sur les priorités des différents acteurs, surtout ceux d'entre eux qui interviennent dans la gouvernance institutionnelle en matière de santé, et établissent la direction dans laquelle les priorités doivent être établies, et le type de « population » spécifique sur lequel il faut se concentrer. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu effectivement d'augmentation des accidents impliquant la consommation d'opioïdes dans les populations blanches à faibles revenus, ouvrières ou encore appartenant à la classe

“ Mais si nous voulons mieux comprendre comment la *visibilité* d'une épidémie en vient à *surgir au regard*, il faut nous interroger sur ce qui attire ce regard et le soutient, et comprendre pourquoi il n'avait pas été capté jusque-là. En d'autres termes, l'attention épidémiologique est une chose qui se gagne, et non quelque chose qui se produit naturellement. ”

moyenne aux États-Unis. Mais si nous voulons mieux comprendre comment la *visibilité* d'une épidémie en vient à *surgir au regard*, il faut nous interroger sur ce qui attire ce regard et le soutient, et comprendre pourquoi il n'avait pas été capté jusque-là. En d'autres termes, l'attention épidémiologique est une chose qui se gagne, et non quelque chose qui se produit naturellement. Quel est alors le travail conceptuel qui s'opère dans le langage de la *crise* et de l'*épidémie*, permettant la mise en place d'une nomenclature à la fois puissante et adéquate, mais tout en imposant une temporalité bien spécifique à la situation à l'étude ? N'est-il pas légitime de se demander dans quel sens cela oriente la discussion concernant l'addiction ? Parler en général de gestion de la douleur, d'options de traitements et des pharmacothérapies disponibles, de prévention, d'éducation, de sensibilisation, de réduction des dommages, de régulation du marché, etc. : tout cela est bel et bon. Cepen-

dant le caractère hétérogène de l'épidémie, c'est-à-dire le fait que les charges engendrées par la maladie soient de poids différents, et qu'il y ait des taux de décès par overdose plus élevés dans les populations Noires et Latinos aux États-Unis, tout ceci devrait nous conduire à réexaminer ce qui nous amène réellement à choisir entre telle ou telle représentation de cette crise, *puisque'il s'agit en fait d'une crise de la représentation*. Je ne pense pas qu'il y ait là un échec de l'épidémiologie, un problème qui serait lié au fait de *compter* – ce n'est là que le résultat résiduel de défaillances qui étaient déjà présentes – mais plutôt un problème fondamentalement lié à *ce qui compte*, ainsi qu'à ceux qui décident de ce qui compte ou non et de *quand* il faut effectuer ce décompte.

Si je reviens maintenant à ce livre qui me semble maintenant avoir été écrit il y a bien des années, je me demande si, d'une manière ou d'une autre, l'importance des nuances propres à chaque expérience individuelle et la question de l'efficacité de certains traitements par rapport à d'autres (dans le cas auquel je me suis intéressé, celle de la buprénorphine sur d'autres médicaments) ne tendent pas à s'estomper et à perdre de leur pertinence, quand on les rapporte à la situation actuelle. Quel intérêt y a-t-il encore à documenter la manière dont s'organise le soin dans des espaces qui sont à la fois si éloignés de l'espace clinique et des hôpitaux, mais en même temps tellement centraux dans la réalité de ces environnements ? à être présent, absolument présent lorsque ceux qui combattent l'addiction disparaissent, et à les chercher à les accueillir dans un ou des ailleurs ? Je suis convaincu qu'il est toujours nécessaire d'aménager des voies d'accès vers ces mondes qu'on imagine et dont on parle, mais qu'on voit et qu'on rend rarement visibles. Je ne veux pas parler ici des

“Je pense qu'il faut encore s'opposer à et rejeter la forme représentationnelle qu'a pris la crise actuelle – sa représentation – parce que ces formes surgiront et prendront toujours des contours en lien mais aussi indépendamment de celles et ceux qui mènent une lutte individuelle contre les opioïdes.”

caricatures habituellement associées à la consommation d'opioïdes, les repaires de toxicomanes et les revendeurs postés aux coins des rues, mais des espaces d'intimité. Car l'addiction et la consommation sont des choses intimes. Je pense qu'il faut encore s'opposer à penser et rejeter la forme représentationnelle qu'a pris la crise actuelle – sa représentation – parce que ces formes surgiront et prendront toujours des contours en lien mais aussi indépendamment de celles et ceux qui mènent une lutte individuelle contre les opioïdes. Leurs expériences peuvent en effet très facilement être enterrées ou cachées. Il me semble aussi que nous devrions prendre une certaine distance critique à l'égard la valeur que nous prêtons à ces récits. J'ai bien conscience que cela doit paraître étrange, venant de quelqu'un qui a écrit un livre sur l'addiction presque entièrement articulé autour des histoires individuelles de plusieurs jeunes gens. Mais toutes les histoires ne se valent pas. Le fait même de raconter une histoire n'est pas neutre, et *celui qui la raconte* ne l'est pas davantage. Quelles sont les idées ou les concepts auxquels il nous faut prêter attention ? Avons-nous soif de cohérence ? Ou de vérité, aussi évanescence cette notion soit-elle, ou bien d'autre chose encore ? Si la crise des opioïdes était *seulement* affaire de régulation ou de traitement, j'imagine que des solutions commenceraient à s'imposer d'elles-mêmes avec plus de clarté. Mais ce n'est évidemment pas le cas. La crise des

opioïdes aux États-Unis est une question philosophique aussi bien que clinique, sociale, politique, familiale, interpersonnelle, et enfin psychique.

Quelles sont alors les histoires qui vont tenir le coup ? *Tenir le coup*. J'aimerais m'attarder sur cette expression : *tenir le coup*. Par définition, elle renvoie à l'idée de souffrir, *d'endurer*. Mais comme le terme *endurer*, elle réfère aussi à l'idée de continuer, de persévérer... de rester. Bien des choses ont déjà été endurées, et cela ne va pas aller en s'améliorant. Il devient difficile d'allumer la radio ou la télévision, sans entendre parler d'addiction, *d'eux*, et désormais *de nous*, dans un pays qui, chaque jour un peu plus, est *nous* et *eux*. Nous avons déjà beaucoup enduré...

Et maintenant ?

Pour finir, je me demande ce que cela donnerait, si je devais reprendre aujourd'hui la modeste petite enquête menée dans *La Clinique et ailleurs*. Comment devrais-je conceptualiser cette étude, quels défis me faudrait-il affronter, et quelles sont les questions que je laisserais tout bonnement de côté ? Celle de savoir si la buprénorphine a donné ou non de bons résultats chez les adolescents passerait sans doute au second plan. Et celle du rôle joué par l'industrie pharmaceutique cèderait probablement la place à une réflexion plus ciblée sur les modes de distribution et d'accessibilité, ainsi que sur l'ampleur exacte des stocks d'opioïdes de prescription aujourd'hui disponibles.

Cependant, la tension entre les catégories de *patients* et de *personnes dépendantes*, dans le cadre du traitement, persisterait. Comment pourrait-il en être autrement ?

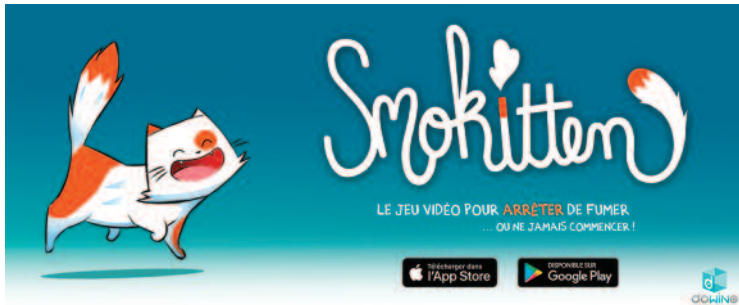
Je n'ai jamais eu d'intérêt particulier pour l'expérience de l'addiction *en général*. Je me suis plutôt intéressé à ce qui fait le lien entre les concepts d'addiction, de dépendance, de plaisir et de douleur. Mais j'ignore dans quelle mesure il me faudrait revenir sur ces distinctions.

Il se peut en revanche que le *connaître* ait changé : j'ai toujours été étonné par l'intelligence des adolescents avec lesquels j'ai travaillé, la connaissance très fine qu'ils avaient des drogues et des traitements, des dommages et des conséquences associés, et enfin des environnements institutionnels qu'ils fréquentaient. Quelles connaissances les adolescents qui sont aujourd'hui en centre de traitement ont-ils acquises ? Je peux à peine m'imaginer combien leur intelligence s'est encore développée.

Pour finir, il me faudrait probablement me préparer à prendre la mesure de l'ampleur des dommages – dommages portés aux vies et aux avenir. Il me faudrait toujours avoir de la naxolone sur moi (ce qui est déjà le cas, même si je ne travaille plus sur la consommation d'opioïdes en tant que telle). Sur les douze adolescents que j'ai suivis, un a fait une overdose et en est mort. Je sais que la probabilité de mourir par overdose a considérablement augmenté depuis.

La crise des opioïdes aux États-Unis continue d'évoluer et de s'étendre. Et nous aussi, nous évoluons avec elle. Mais je reste convaincu qu'il y a encore beaucoup à faire si nous voulons que cette évolution se fasse vers le meilleur. ■

* La première partie de l'article a été publiée dans la Lettre du Respadd n° 32 de juin 2018.



→ SMOKITTEN, UN SERIOUS GAME SUR SMARTPHONE POUR ARRÊTER DE FUMER

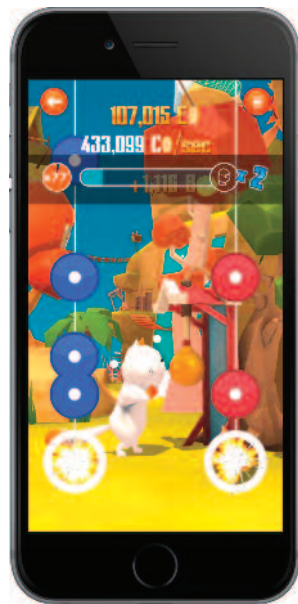
ANNE-LAURE WERLEN, VIRGINIE ROUSSET – CENTRE HYGÉE / INSTITUT DE CANCÉROLOGIE LUCIEN NEUWIRTH

À notre connaissance il n'existe pas d'outil individuel et ludique reconnu efficace pour inciter et aider à l'arrêt du tabac. Les jeux vidéo sérieux (*serious game*) type *Game for Change* pourraient constituer une intervention alternative et complémentaire aux autres offres existantes et efficace pour inciter les individus à modifier durablement leurs comportements. De ce fait le centre Hygée – centre régional de prévention des cancers de la région Rhône-Alpes – et la société DOWiNO – studio de conception de *serious game* – ont développé le premier jeu vidéo pour arrêter de fumer ou ne jamais commencer : **Smokitten**.



Smokitten est un *serious game* sur mobile décliné en deux versions qui ont respectivement comme objectifs de sensibiliser les plus jeunes aux dangers du tabac (Smokitten-Park) et d'aider les fumeurs à arrêter de fumer (Smokitten). Ce *serious game* utilise les principes d'action des modèles de changement comme le modèle transthéorique de Prochaska et l'*Health Belief Model*, mais aussi le modèle du réseau social (messages possibles entre les 2 versions). Le jeu permet également 3 mouvements du joueur essentiels en prévention : l'identification, l'implication et la mise en situation virtuelle.

Smokitten est un mix entre « pet game » (tamagotchi amélioré), *clicker* et jeu de gestion. Le joueur doit s'occuper d'un chaton, métaphore de lui-même, qui a décidé d'arrêter de fumer. Au début du jeu ce chaton se trouve sur une île désertique mais au fur et à mesure que le joueur va poursuivre son sevrage cet environnement, à l'instar de son organisme, va s'embellir, prospérer. Le concept sur lequel s'est appuyé Smokitten pour aider les joueurs à maintenir leur arrêt était le



suivant : occuper les mains et l'esprit du fumeur avec le jeu pendant les 3 à 5 minutes que dure une envie de cigarette. Le

joueur peut ainsi se divertir avec des mini-activités conçues pour surmonter son envie de fumer, envoyer et/ou recevoir des messages de soutien via sa communauté et également suivre les bénéfices que l'arrêt du tabac lui apporte (succès santé, économies réalisées...).

La version SmokittenPark réutilise exactement les mêmes mécaniques, le même moteur, les mêmes assets (graphisme, sons et contenus) et les mêmes variables que Smokitten, avec toutefois des adaptations à la population cible qui ne fume pas.

Le développement fonctionnel des deux versions de Smokitten a utilisé une technique de type « living lab » dans laquelle des utilisateurs finaux participent à la définition et à la validation des fonction-



nalités tout au long du processus de création. Ce développement collaboratif et participatif permet d'élaborer des produits répondant mieux aux attentes des utilisateurs finaux en évitant les mécanismes projectifs de la part des concepteurs ou des développeurs.

Les deux versions de Smokitten sont disponibles sur le Play Store et l'App Store ; pour plus d'informations sur le jeu : www.smokitten.com ■





→ **RAPPORT DE SITUATION MONDIAL DE L'OMS SUR L'ALCOOL ET LA SANTÉ 2018 (GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH 2018)**

MISE AU POINT ET POINTS MARQUANTS

NICOLAS BONNET – RESPADD

Le rapport 2018 de l'OMS sur l'alcool et la santé dresse un panorama de la consommation d'alcool et de la charge de morbidité liée dans le monde. L'abus d'alcool tue chaque année 3 millions de personnes et représente plus de 5 % de la charge de morbidité mondiale.

L'abus d'alcool a entraîné en 2016 plus de trois millions de décès, soit un décès sur 20. Plus des trois quarts de ces décès concernaient des hommes. L'abus d'alcool représente plus de 5 % de la charge de morbidité au niveau mondial.

Le rapport de situation mondiale de l'OMS sur l'alcool et la santé 2018 (*Global status report on alcohol and health 2018*) dresse un panorama complet de la consommation d'alcool et de la charge de morbidité attribuable à l'alcool dans le monde. Il présente également les mesures prises par les pays pour réduire cette charge.

« Beaucoup trop de personnes, ainsi que les membres de leur famille et de leur entourage subissent les conséquences de l'abus d'alcool, qui est à l'origine d'actes de violence, de traumatismes, de problèmes de santé mentale et de maladies telles que les cancers et les accidents vasculaires cérébraux », dit le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « Il est temps d'agir plus fermement pour contrer cette grave menace pour le développement de sociétés saines », a-t-il ajouté.

Parmi les décès attribuables à l'alcool, 28 % étaient dus à des traumatismes – consécutifs à des accidents de la circulation, auto-infligés ou provoqués par des actes de violence interpersonnelle ; 21 % étaient dus à des pathologies digestives et 19 % étaient dus à des maladies cardiovasculaires, le reste des décès étant consécutifs à des maladies infectieuses, à des cancers, à des troubles mentaux ou à d'autres affections.

Malgré une évolution positive à l'échelle mondiale s'agissant de la prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool et du nombre de décès liés à l'alcool depuis 2010, la charge globale des maladies et des traumatismes causés par l'abus d'alcool atteint un niveau inacceptable, en particulier dans la Région européenne et dans la Région des Amériques.

On estime qu'au niveau mondial, 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool. C'est dans la Région européenne et dans la Région des Amériques que les prévalences sont les plus élevées (14,8 % chez les hommes et 3,5 % chez les femmes et 11,5 % chez les hommes et 5,1 % chez les femmes, respectivement). Les troubles liés à la consommation d'alcool sont plus courants dans les pays à revenu élevé.

→ **LA CONSOMMATION MONDIALE DEVRAIT AUGMENTER AU COURS DES 10 PROCHAINES ANNÉES**

On estime que 2,3 milliards de personnes boivent de l'alcool actuellement. Dans trois Régions de l'OMS – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental – plus de la moitié de la population consomme de l'alcool. C'est dans la Région européenne que la consommation par habitant est la plus élevée au monde, même si celle-ci a baissé de 10 % depuis 2010. Les tendances et les projections actuelles indiquent que la consommation mondiale d'alcool par habitant devrait augmenter au cours des 10 prochaines années, en particulier dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, du Pacifique occidental et des Amériques.

→ **QUELLES SONT LES QUANTITÉS D'ALCOOL CONSOMMÉES ?**

La consommation quotidienne moyenne d'un buveur est 33 grammes d'alcool pur par jour, ce qui équivaut approximativement à deux verres de vin (de 150 ml), à une grande bouteille de bière (de 750 ml) ou à deux verres de spiritueux (de 40 ml).

À l'échelle mondiale, plus du quart (27 %) des personnes âgées de 15 à 19 ans sont des consommateurs actuels. Les taux de consommation actuelle

sont les plus élevés chez les personnes âgées de 15 à 19 ans en Europe (44 %), suivis des Amériques (38 %) et du Pacifique occidental (38 %). Les enquêtes en milieu scolaire indiquent que, dans de nombreux pays, la consommation d'alcool commence avant l'âge de 15 ans, et l'écart entre les garçons et les filles est très faible.

Dans le monde, les spiritueux représentent 45 % de la consommation totale d'alcool. La bière est la deuxième boisson alcoolisée en termes d'alcool pur consommé (34 %) suivie du vin (12 %). Dans le monde entier, seuls des changements mineurs ont été observés en matière de préférences pour les boissons alcoolisées depuis 2010. Les changements les plus importants ont été enregistrés en Europe, où la consommation de spiritueux a diminué de 3 % alors que celle de vin et de la bière a augmenté.

En revanche, plus de la moitié (57 %, soit 3,1 milliards de personnes) de la population mondiale âgée de 15 ans et plus s'était abstenue de toute consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois.

→ **DAVANTAGE DE PAYS DOIVENT PRENDRE DES MESURES**

« Tous les pays pourraient contribuer davantage à réduire les coûts sanitaires et sociaux de l'abus d'alcool », a

déclaré le Dr Vladimir Poznyak, coordonnateur de l'unité Prise en charge de l'abus de substances psychoactives à l'OMS. « Parmi les mesures rentables et qui ont fait leurs preuves figurent notamment l'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées, les restrictions à la publicité en faveur de l'alcool ou son interdiction, et les restrictions à la disponibilité matérielle de boissons alcoolisées. »

La probabilité d'instauration de telles politiques est plus forte dans les pays à revenu élevé, ce qui soulève des problèmes liés à l'équité en santé mondiale et souligne la nécessité de soutenir davantage les pays à revenu faible ou intermédiaire.

La quasi-totalité des pays (95 %) appliquent des droits d'accises sur l'alcool, mais moins de la moitié d'entre eux ont recours à d'autres stratégies fondées sur le prix comme l'interdiction de la vente à perte ou des remises sur le volume d'achat. La majorité des pays imposent un type de restriction à la publicité pour la bière, les interdictions totales étant plus courantes pour la télévision et le radio, mais moins fréquentes pour Internet et les médias sociaux.

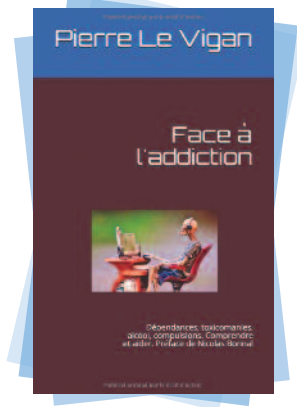
« Notre souhait est que les États Membres mettent en œuvre des solutions créatives qui permettront de sauver des vies, telles que l'imposition de taxes sur l'alcool et de restrictions en matière de publicité. Nous devons redoubler d'efforts pour réduire la demande et atteindre l'objectif fixé par les gouvernements consistant à réduire de 10 % la consommation d'alcool dans le monde entre 2010 et 2025 », a ajouté le Dr Tedros.

La réduction de l'abus d'alcool contribuera à la réalisation d'un certain nombre de cibles des objectifs de développement durable (ODD) liées à la santé, notamment en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la santé mentale, les traumatismes et les intoxications. ■

→ **FACE À L'ADDICTION: DÉPENDANCES, TOXICOMANIES, ALCOOL, COMPULSIONS. COMPRENDRE ET AIDER.**
PIERRE LE VIGAN

150 pages
Editeur : Independently published

Les dépendances, ou encore les addictions sont un phénomène majeur de notre temps. L'accélération du temps, les exigences de performances amènent à compenser une souffrance, ou un sentiment de « ne pas être à la hauteur » par des dopants, stimulants, ou anesthésiants. Ceux-ci sont comportementaux (addictions aux jeux vidéo, aux écrans, au sexe sur Internet, aux jeux en ligne, etc) ou bien sont des produits (alcool, tabac, drogues illicites). L'individu incertain de lui-même, dans une société où tous les repères « bougent », et où il faut toujours plus savoir « s'adapter », cherche à se donner une force illusoire en échappant à lui-même, à ses limites, à sa finitude. Les comportements compulsifs se multiplient, qu'ils concernent des pratiques légalement proscrites, ou d'autres, valorisées, comme le travail, mais devenu pathologique, sous la forme de l'hyper-travail. La désocialisation concourt au développement de ces dépendances, en ayant éliminé les liens communautaires, les enracinements, les permanences dans les familles, dans les métiers, dans les repères religieux, symboliques, politiques. Le fait que le lien social passe toujours essentiellement par l'économie, dans une société qui, justement, ne donne pas du travail à tout le monde, renforce les crises d'identité qui se traduisent par des addictions. Comment comprendre ces addictions ? Que manifestent-elles ? Dans quelle économie psychique s'inscrivent-elles ? Comment soutenir et aider les personnes concernées ? Comment aider les aidants ? Sans proposer de solution miracle, ce livre donne des pistes. Il aide à comprendre les addictions dans le cadre de la condition humaine, à la fois dans ses constantes, et dans ses aspects spécifiquement modernes et postmodernes. Glossaire et bibliographie font de cet ouvrage un guide sûr.



→ **ALCOOL & DROIT**
THIBAUT LELEU

Broché: 298 pages
Editeur : Editions Mare et Martin

Grand pays producteur d'alcool, la France se classe parmi les vingt pays du monde où l'on consomme le plus d'alcool. Drogue licite, l'alcool est appréhendé par les sociologues, les politologues, les médecins, les historiens ou encore les économistes. En revanche, les juristes s'intéressent peu à ce phénomène de société. Dans la période récente, s'il existe quelques études juridiques sur le sujet, elles ont toujours un objet très ciblé. L'objectif du colloque des 7 et 8 novembre 2017 qui s'est déroulé à la faculté de droit de Douai, dont le présent ouvrage reproduit les actes, était de faire un tour d'horizon de tous les aspects juridiques de l'alcool. À partir d'une distinction entre le commerce de l'alcool et sa consommation, il a été possible de réunir des contributions sur des thèmes aussi divers que la production, la publicité, la fiscalité, la vente, la prévention, la répression et la réparation des conséquences liées à la consommation de l'alcool.

→ **VIVRE APRÈS L'ALCOOL**
GOMEZ HENRI

Editeur : Erès

Vivre après l'alcool fait partie de l'impensé du soin. En l'absence de changement de représentations, de façon de voir et d'agir, le retour de l'alcool est la règle, après un sevrage. Comment passer de la conscience douloureuse d'un manque à être à une vie épicurienne alliant, selon la formule, la responsabilité de ses plaisirs et le plaisir de ses responsabilités ? Les psychiatres, les psychologues et les psycho-praticiens sont souvent démunis face aux addictions. Après le sevrage, le problème de l'après reste entier. Comment aider le patient à se donner une bonne vie ? Les thérapies cognitivo-comportementales, qui ont dominé ces dernières années l'offre d'accompagnement, manifestent leurs limites et l'espoir qu'elles avaient pu soulever dans l'optique des thérapies brèves tournées vers les solutions a fait long feu. Les changements proposés par les « clés » définissent une philosophie de vie critique, épicurienne et citoyenne où la question du sens à donner à sa vie est posée comme alternative aux logiques de l'hypermodernité : l'avoir, le paraître, les fauxsemblants, l'insécurité.

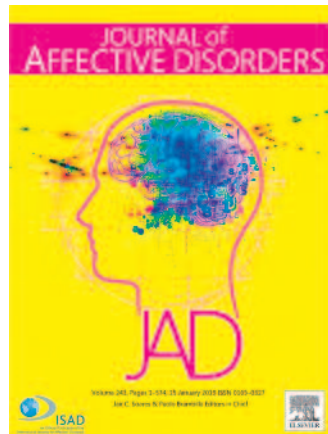
→ L'ÉTUDE BOURDON SUR LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

GUILLAUME FOND – ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE MARSEILLE – guillaume.fond@ap-hm.fr

Le premier article scientifique portant sur l'étude BOURDON, une étude nationale portant sur la santé des étudiants en médecine français, vient d'être accepté dans le *Journal of affective Disorders*.

Une grande étude a été lancée chez plus de 11 000 étudiants en médecine inscrits dans les 35 facultés de médecine françaises. Parmi eux, plus de 2 000 internes ont répondu. Le but était d'évaluer les conditions de travail, la consommation de psychotropes et de toxiques des étudiants en médecine. Une étude précédente, menée par le Dr Guillaume Fond, psychiatre à l'Assistance Publique des hôpitaux de Marseille et chercheur à la faculté de la Timone, avait révélé que près d'un tiers d'entre eux consommait des psychostimulants (dont 7 % des psychostimulants sur ordonnance), signe d'un certain mal-être ou d'un besoin de performance cognitive.

Dans la présente étude, les 300 internes de psychiatrie ont rapporté consommer plus de tabac, d'alcool, de cannabis, de substances illicites, être plus souvent suivis par un psychiatre et/ou un psychologue, consommer huit fois plus d'antidépresseurs et d'anxiolytiques en comparaison des internes d'autres spécialités. Ils étaient également plus exposés à la violence pendant leurs études (les hommes étaient plus expo-



sés à la violence physique et les femmes à la violence sexuelle) et rapportaient une vitalité diminuée. Dans les motifs de consommation, ils rapportaient rechercher à diminuer leur anxiété, et recherchaient à la fois un effet sédatif et un effet stimulant.

Ces résultats montrent que les futurs psychiatres constituent une population à risque de troubles psychiques. On aurait pu s'attendre à ce que les internes de psychiatrie soient en meilleure santé, de par des horaires plus légers ou une formation à la psychothérapie, ce qui n'est pas le cas. D'une part, la psychothérapie n'est pas enseignée de la même

façon dans toutes les universités et l'interne doit souvent faire des diplômes universitaires ou se former lui-même. D'autre part il est possible que les internes les plus vulnérables psychiquement choisissent la psychiatrie, même si une étude anglaise a suggéré en 2013 qu'ils ne présentaient pas de différence de personnalité avec les internes des autres spécialités.

L'exposition à la violence est un problème majeur en psychiatrie. Les internes en psychiatrie sont responsables de la privation de liberté de leurs patients, même s'ils sont placés sous la responsabilité de leurs chefs et ne peuvent pas rédiger eux-mêmes de certificats. Ils doivent par exemple faire les visites des patients en chambre d'isolement. Selon les services, cela peut s'avérer extrêmement difficile psychologiquement. Une nouvelle étude est en projet pour étudier ces conditions de travail, qui sont partagées avec les médecins urgentistes, qui doivent souvent contenir les patients agités et/ou dangereux.

On peut noter toutefois que cette étude souligne que les

internes en psychiatrie se soignent, en particulier les femmes qui prennent plus d'antidépresseurs et d'anxiolytiques et sont plus suivies tandis que les hommes se tournent davantage vers les drogues. Cela signifie que les psychiatres souffrent psychologiquement comme leurs patients, ce qui peut participer à leur empathie envers leurs patients. Des formations spécifiques à la gestion du stress au travail et au développement personnel pourraient également être proposées aux internes en psychiatrie, et la proposition d'un suivi psychiatrique ou psychologique pourrait être systématiquement faite au début de l'internat, plutôt que de laisser l'interne se débrouiller seul(e) face à sa souffrance, comme c'est le cas actuellement, avec le plus souvent un sentiment de faiblesse et de honte.

L'annonce de la suppression de l'ancien Examen classant national (ECN) par la ministre de la Santé Agnès Buzyn, pourra aussi participer à former des internes en meilleure santé et évalués sur leurs compétences relationnelles en plus de leurs connaissances théoriques. ■

→ LIRE UTILE



→ L'INSTITUT NATIONAL DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE (INJEP) MET À DISPOSITION EN LIGNE UN TABLEAU DE BORD STATISTIQUE DE RÉFÉRENCE SUR L'ÉTAT DE LA JEUNESSE

L'INJEP a rassemblé et mis en ligne en lien avec ses partenaires 78 indicateurs de référence sur la jeunesse dans huit domaines de la vie quotidienne. Des données publiques fiables, réactualisées, et librement accessibles permettant à l'ensemble des acteurs de jeunesse de disposer d'une vision transversale et objective des jeunes de 15 à 30 ans. Les thématiques abordées

dans la section santé handicap regroupe les données suivantes : évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2016 ; causes de décès des jeunes et des enfants en 2010-2015 : effectifs ; part des jeunes ayant consommé des produits psychoactifs ; nombre de jeunes (15-19 ans / 20-29 ans) accueillis dans des établissements et services médico-sociaux selon le type d'établissement ; part des moins de 26 ans parmi les travailleurs handicapés des trois versants de la fonction publique en 2012 et 2015 (au 1^{er} janvier). <http://www.injep.fr/article/tableau-de-bord-de-la-jeunesse-12194.html>

→ RÉDUCTION DES RISQUES EN PRATIQUE



SWAPS, édition européenne, n° 1, juin 2018

MICHEL KAZATCHKINE – PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION PISTES (ÉDITEUR DE SWAPS ET VIH.ORG)
MEMBRE DE LA COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES

Swaps voyage en Europe !

Dans ce tout premier numéro européen, Swaps présente un compte rendu de l'état de la réduction des risques dans l'Union européenne à travers des perspectives d'experts de plusieurs pays. Malgré son rôle précurseur dans la réduction des risques et dans l'avancement de mesures politiques basées sur les faits, l'Europe et ses pays membres restent ambigus par rapport aux politiques des drogues, au dogme de l'interdit, à la criminalisation de la consommation, à la priorité de la santé, et au rôle des forces de l'ordre.

Dans ce cadre, mieux comprendre l'histoire et l'état actuel de la réduction des risques en Europe et échanger sur les meilleures pratiques sont des initiatives salutaires pour rester vigilants ensemble. Le conservatisme et le populisme qui se développent en Europe représentent une menace directe pour les progrès que nous avons faits avec la réduction des risques.

C'est l'expérience européenne qui a établi l'ensemble indiscutable de preuves de l'efficacité des interventions de réduction des risques pour la prévention du VIH et des hépatites.

L'infection par le VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse n'est plus un problème en Europe de l'Ouest. Cependant, des transformations considérables se sont produites dans les dernières années autour de la problématique des drogues, tant au niveau

européen qu'au niveau global. Dans le débat sur les politiques de drogue, le discours public et la mise en œuvre des mesures politiques ont évolué. Je pense qu'il est temps de revenir sur notre terminologie, et de reconnaître la méthadone comme le traitement le plus efficace contre la dépendance aux opiacés, plutôt que de l'appeler « substitution » [ce que la plupart des pays refuseraient de faire], et/ou simple outil de réduction des risques.

Quand je lis ces comptes rendus, je me demande aussi s'il n'est pas temps que le mouvement pour la réduction des risques se détache, d'une manière ou d'une autre, de la médecine et du VIH pour adopter une position plus politique. Réduire le risque, c'est aussi lutter contre des mesures politiques inadaptées ; c'est militer pour la décriminalisation de l'usage, des infractions mineures, et des acteurs non

violents dans le trafic de drogues, et pour que le rôle et les comportements des forces de l'ordre changent. Enfin, réduire le risque, c'est aussi redoubler nos efforts pour prévenir les overdoses, comme doivent le faire les États-Unis et le Canada, où le fentanyl est de plus en plus facile d'accès ; et de mener des expériences, le plus rapidement possible, pour mettre à l'essai des modes inexplorés de prévention des dommages liés aux nouveaux produits synthétiques.

Parmi les retombées des années de pandémie VIH et de lutte contre le sida figure, à l'évidence, la mise en place de politiques actuelles de réduction des risques liées à l'usage de drogue et aux addictions.

Celles-ci ont mis l'accent sur la spécificité sanitaire concernant les drogues, laquelle ne saurait se réduire à la seule prévention du risque VIH.

C'est dans cet esprit que depuis plus de 20 ans, Swaps, centré sur la santé, la réduction des risques et les usages de drogues, s'adresse à tous les professionnels – médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, responsables de centres d'accueil et de soins spécialisés.

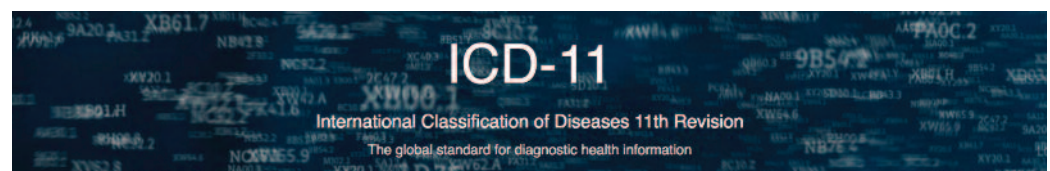
L'espace et le contenu éditorial rendent compte de la nécessaire diversité des approches, qu'elles soient cliniques, culturelles, scientifiques ou juridiques. Et cela, à travers différents éclairages apportés par les acteurs de terrain, les professionnels et les personnes concernées.

Avec quatre numéros annuels, Swaps est un outil de communication et d'échange entre tous les partenaires impliqués dans l'accès à la santé et à une reconnaissance sociale des usagers de drogues.

Retrouvez tous les articles en anglais et en français sur vih.org ■

→ L'OMS PUBLIE SA NOUVELLE CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-11) et reconnaît l'addiction aux jeux vidéo comme maladie mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie aujourd'hui sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). La CIM sert de base pour établir les tendances et les statistiques sanitaires, partout dans le monde, et contient environ 55 000 codes uniques pour les traumatismes, les maladies et les causes de décès. Elle fournit un langage



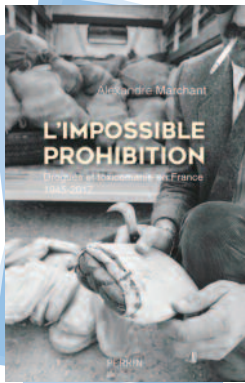
commun grâce auquel les professionnels de la santé peuvent échanger des informations sanitaires partout dans le monde.

La nouvelle CIM comporte de nouveaux chapitres, dont un sur la médecine traditionnelle : alors que des millions de personnes y ont recours dans le monde, elle

n'avait jamais été répertoriée dans ce système.

Un autre nouveau chapitre est consacré à la santé sexuelle. Il recouvre des affections auparavant classées ailleurs (par exemple, l'incongruence de genre, classée jusqu'alors avec les troubles mentaux) ou décrites différem-

ment. Le trouble du jeu vidéo a été ajouté à la section sur les troubles de l'addiction. Consulter la classification CIM 11 : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Consulter la page sur les jeux vidéo sur le site de l'OMS : <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/fr/>



→ **L'IMPOSSIBLE PROHIBITION**
ALEXANDRE MARCHANT
592 pages
Editeur : Perrin

Crime pour les uns, paradis artificiel pour les autres, la drogue a constitué – et constitue plus que jamais – un enjeu central dans la France contemporaine. Son usage explose dans les années 1960, avec l'émergence d'une toxicomanie juvénile, au point de faire la une des journaux et d'alarmer les pouvoirs publics. Des spécialistes s'emparent du sujet, un nouveau secteur de soins est institué et le Législateur produit l'inflexible loi de décembre 1970, toujours en vigueur.

Année après année, la drogue devient un problème social, sanitaire et politique que les autorités combattent en la réprimant. Mais la prohibition intégrale demeure inefficace, voire contre-productive. Loin de neutraliser les filières, elle pousse à la sophistication des organisations criminelles, maintient des usagers dans la spirale de la marginalisation, remplit les prisons et détourne les toxicomanes du système de soins. Cet échec dévoile la contradiction qui oppose les objectifs répressifs et sanitaires, au cœur du modèle français. Grâce à des archives inédites – ministérielles, policières et privées –, Alexandre Marchant offre la première étude scientifique d'un fléau qui a profondément marqué notre second vingtième siècle. Outre des révélations sur les filières, les enquêtes policières et les contentieux diplomatiques, il s'attache avec brio à démontrer toute la complexité d'un problème d'autant plus difficile à résoudre qu'il ne cesse d'évoluer.



→ **DROGUES ET DÉVELOPPEMENT : VERS DE NOUVELLES PERSPECTIVES ?**
OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT)
Drogues, enjeux internationaux, n°11, 2018-06, 8 p.

Ce 11^e numéro de *Drogues, enjeux internationaux* propose un état des lieux sur la question des drogues et du développement. Le développement alternatif est un terme désignant un ensemble de mesures destinées à promouvoir la réduction des cultures illicites (cannabis, pavot, coca notamment) grâce à des programmes de réduction de la pauvreté et de développement durable, censées améliorer les conditions de vie matérielles de la paysannerie. La notion de développement alternatif a émergé à la fin des années 1960. Cependant, les politiques qui lui étaient liées ont longtemps été conçues et mises en œuvre de façon déséquilibrée du fait d'une approche sécuritaire privilégiant l'éradication. Aujourd'hui, une série de mobilisations de la communauté internationale favorise un rééquilibrage en faveur de ces initiatives et surtout leur inscription dans des politiques à long terme, alternatives légitimes et crédibles aux destructions forcées de cultures illégales. Ce sont ces deux aspects que présente la publication, en s'appuyant tout au long sur des exemples très concrets qu'il s'agisse du « modèle thaïlandais » ou des mesures actuellement déployées en Colombie en lien avec ces thématiques.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efdxdy6.pdf>



→ **LES DROGUES D'ORIGINE NATURELLE – PLANTES, CHAMPIGNONS, BATRACIENS**
KURT HOSTETTMMANN
191 pages
Editeur : Favre

Un guide de référence sur les principales drogues d'origine végétale, leurs usages dans l'histoire et dans le présent, les pays où elles sont cultivées, leurs effets et leurs dangers éventuels ainsi que les aspects légaux de leur production ou consommation.

Au fil de son histoire, l'homme a appris à connaître les espèces végétales qui agissent sur son psychisme, lui permettant d'entrer dans des états modifiés de conscience et de perception, de s'élever au-dessus de sa condition, de planer, voire d'entrer en communication avec dieux ou esprits. Les chamans de diverses civilisations ont fait appel à ces plantes pour communiquer avec la Nature, poser un diagnostic et trouver le remède adapté à une maladie ; les artistes y ont puisé créativité et inspiration ; les curieux explorent des mondes intérieurs et les métamorphoses des sens.

Les psychotropes provoquent des effets psychiques et physiques tels que des perturbations des

perceptions, des hallucinations ou des modifications de l'humeur ou de la pensée. Sensation de bien-être, euphorie, sentiment de se surpasser : certaines sont addictives, d'où leur classement dans la liste des stupéfiants prohibés. Mais quelques psychotropes présentent aussi un immense potentiel thérapeutique encore peu exploité, suscitant un intérêt croissant dans les milieux scientifiques. Le cannabis et ses constituants (THC et CBD) sont par exemple efficaces contre les douleurs et les spasmes de la sclérose en plaques ; les composants des champignons hallucinogènes, contre la dépression et le stress post-traumatique ; le LSD, pour apaiser les malades en fin de vie terrifiés par la mort. Depuis la première édition de cet ouvrage en 2002, beaucoup de choses se sont passées : l'interdiction de la sauge divinatoire en Suisse et en Belgique, du kratom en Suisse et de l'ayahuasca en France, mais aussi la possibilité d'avoir accès au cannabis thérapeutique en Suisse et en France. Il y a eu aussi l'arrivée de nouvelles drogues comme l'hortensia, phénomène éphémère, ou le changa, version fumée de l'ayahuasca d'Amérique du Sud, qui séduit toujours plus d'Occidentaux. L'histoire de ces drogues, le hasard de leur découverte, leurs effets et modes d'action, leurs dangers et leurs cadres légaux sont présentés dans cet ouvrage actualisé avec de nombreuses anecdotes étonnantes, des onguents aphrodisiaques des sorcières du Moyen Âge aux buveurs d'urine de consommateurs d'amanites tue-mouches, en passant par le culte qu'une secte moderne vouée à des crapauds à la peau hallucinogène...



→ **RAPPORT 2018 DE LA COMMISSION GLOBALE**
La Commission globale de politique en matière de drogues publie le 24 septembre 2018 son nouveau rapport « Régulation : pour un contrôle responsable des drogues ». Il soutient les recommandations qui visent à renforcer la santé publique et les droits humains, tout en affaiblissant les organisations criminelles qui tirent profit des marchés.

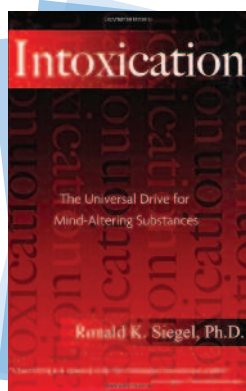
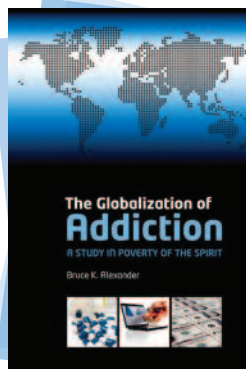
→ THE GLOBALIZATION OF ADDICTION

BRUCE K. ALEXANDER

496 pages

Editeur : OUP Oxford

'The Globalization of Addiction' presents a radical rethink about the nature of addiction. Scientific medicine has failed when it comes to addiction. There are no reliable methods to cure it, prevent it, or take the pain out of it. There is no durable consensus on what addiction is, what causes it, or what should be done about it. Meanwhile, it continues to increase around the world. This book argues that the cause of this failure to control addiction is that the conventional wisdom of the 19th and 20th centuries focused too single-mindedly on the afflicted individual addict. Although addiction obviously manifests itself in individual cases, its prevalence differs dramatically between societies. For example, it can be quite rare in a society for centuries, and then become common when a tribal culture is destroyed or a highly developed civilization collapses. When addiction becomes commonplace in a society, people become addicted not only to alcohol and drugs, but to a thousand other destructive pursuits: money, power, dysfunctional relationships, or video games. A social perspective on addiction does not deny individual differences in vulnerability to addiction, but it removes them from the foreground of attention, because social determinants are more powerful. This book shows that the social circumstances that spread addiction in a conquered tribe or a falling civilisation are also built into today's globalizing free-market society. A free-market society is magnificently productive, but it subjects people to irresistible pressures towards individualism and competition, tearing rich and poor alike from the close social and spiritual ties that normally constitute human life. People adapt to their dislocation by finding the best substitutes for a sustaining social and spiritual life that they can, and addiction serves this function all too well. The book argues that the most effective response to a growing addiction problem is a social and political one, rather than an individual one. Such a solution would not put the doctors, psychologists, social workers, policemen, and priests out of work, but it would incorporate their practices in a larger social project. The project is to reshape society with enough force and imagination to enable people to find social integration and meaning in everyday life. Then great numbers of them would not need to fill their inner void with addictions.



→ INTOXICATION: THE UNIVERSAL DRIVE FOR MIND-ALTERING SUBSTANCES

RONALD K. SIEGEL

Broché: 384 pages

Editeur : Park Street Press

The dynamics of the fourth drive are best illustrated by the history of cocaine. In the second half of the nineteenth century a widely held belief in Western medicine was that most physical and mental diseases were caused by brain exhaustion and the best way to cure these conditions was to wake up the brain with a stimulating coca tonic. Physicians, pharmacists, and chemists recommended daily doses of coca extracts or wines that delivered the same amount of cocaine as obtained from chewing coca leaves. While intensified dosage patterns were normally prescribed, abuse was held in check by the highly diluted preparations.

Other patterns of use were encouraged by the commercial marketing of coca products. Coca was promoted as a wonder drug not only for medicine but also for social and recreational purposes. To make it more attractive, an assortment of coca preparations were sold, including tonics, gum, cigarettes, and soft drinks. Coca-Cola, originally promoted as a brain tonic for the elderly, was made with a coca extract. It reportedly contained slightly less than 60 milligrams of cocaine per eight-ounce serving, the amount found in a modern intranasal dose.

By the end of the nineteenth century, the tonics were much more potent; cocaine had been

recently isolated from the leaf, and the manufacturers substituted it for the coca extracts. Whereas coca products were treated as roughly equivalent to the chewing of the leaves, cocaine was advertised as two hundred times stronger. And it was. Just as the chimps on North and South Island had discovered, coca was not cocaine, and the golden age of coca medicine was in for some lackluster years.

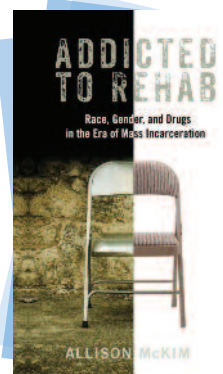
Physicians started increasing the daily dosages to as much as 1,200 milligrams, a lethal dose for most people if taken into the body all at once. The increased doses of cocaine were further complicated by the popularity of the highly efficient intranasal and injection routes of administration. By the time Annie Meyers bought her first bottle of Birney's Catarrh Remedy in 1894 to treat a bad cold, many snuffs were pure cocaine and patients were instructed to take them as needed. Mrs. Meyers's perceived needs went beyond the bounds of treating her cold and her pattern of use became compulsive.

When Annie Meyers was arrested for the last time, while trying to blow open a safe, she looked awful and she knew it: "My hair was mostly out. A part of my upper jawbone had rotted away. My teeth were entirely gone. My face and my entire body were a mass of putrefying cocaine ulcers. I weighed only about eighty pounds and it would be hard to conceive of a more repulsive sight." Not hard at all. One need only examine more recent cases where users, faced with plentiful supplies of cheap cocaine, danced faster and harder than Mrs. Meyers ever could with her Birney's.

Arrest finally stopped Annie Meyers from doing her Cocaine Dance. Her treatment consisted of a long stay in a sanitarium coupled with the religious and moral lectures that were popular in her day. Traditionally, society still tries to hold the drive in check through legal and moral controls that employ penalties for use, treatment for users, and preventive education for nonusers. Although these methods haven't worked, our response in the face of such unstoppable examples of the drive as the modern cocaine abuser has been to intensify the controls. Accordingly, punishments escalate, testing programs for the involuntary detection of users become more widespread, treatment becomes mandatory, and educational campaigns tend to deliver more hyperbole than honest information, as in the recurrent message that "drugs will destroy your brain."

Recently, there have been attempts to quiet the underlying drive itself. Psychiatrists try to block it with isolation, physical and

chemical restraints, even electric shock. When all else fails, neurosurgeons in South America have severed the neural pathways in the brains of young cocaine users who refuse to stop. It is as if the healing profession is stepping in to fulfill the promise that drugs will destroy your brain. In Annie Meyers's time the healing arts also panicked. Dr. Albrecht Erlennmeyer, a famous nineteenth-century drug expert, saw so many unstoppable addicts like Mrs. Meyers that he proclaimed cocaine to be "the third scourge of mankind," after opium and alcohol. It was really only the fourth drive, a drive our species had always danced to and always would.



→ ADDICTED TO REHAB: RACE, GENDER, AND DRUGS IN THE ERA OF MASS INCARCERATION

ALLISON MCKIM

226 pages

Editeur : Rutgers University Press

After decades of the American "war on drugs" and relentless prison expansion, political officials are finally challenging mass incarceration. Many point to an apparently promising solution to reduce the prison population: addiction treatment. In *Addicted to Rehab*, Bard College sociologist Allison McKim gives an in-depth and innovative ethnographic account of two such rehab programs for women - one located in the criminal justice system and one located in the private healthcare system - and finds two very different ways of defining and treating addiction. McKim's book shows how addiction rehab reflects the race, class, and gender politics of the punitive turn in American criminal justice. As a result, addiction has become a racialized category that has reorganized the link between punishment and welfare provision. While reformers hope that treatment will offer an alternative to punishment and help women, McKim argues that the framework of addiction further stigmatizes criminalized women and undermines our capacity to challenge gendered subordination. Her study ultimately reveals a two-tiered system, bifurcated by race and class.

→ **LES ADDICTIONS COMORTEMENTALES**

MICHAËL S. ASCHER, PETROS LEVOUNIS, MARC-ANTOINE CROCCO
248 pages
Editeur : Elsevier

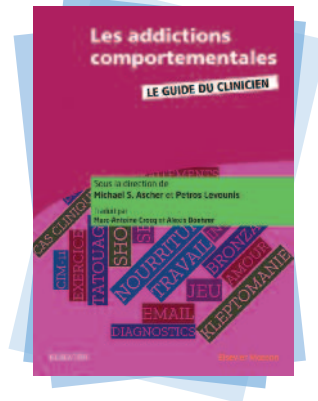
Cet ouvrage explore le diagnostic et le traitement des patients souffrant de dépendances comportementales.

Réalisé à partir de cas cliniques réels il décrit les comportements addictifs sans substance des plus communs aux moins connus dont ceux décrits dans le DSM-5® avec :

- la définition du comportement problématique ;
- la prévalence ;
- la revue de la littérature scientifique récente ;
- les critères diagnostiques ;
- les outils de dépistage ;
- la présentation de cas ;
- le diagnostic différentiel ;
- les méthodes thérapeutiques notamment celles validées par des études contrôlées ;
- les points clés à la fin des chapitres ;
- les QCM corrigés permettant d'ancrer les connaissances.

Les chapitres d'introduction offrent une vue d'ensemble des addictions comportementales du point de vue neurobiologique théorique clinique et judiciaire. Les addictions traitées incluent l'exercice physique, l'alimentation, le jeu d'argent, les jeux sur Internet, Internet, les SMS et e-mails, la kleptomanie, le sexe, l'amour, les achats, le bronzage et le travail.

En bonus : 6 vidéos de cas cliniques en langue anglaise.



chez les autres espèces, plus les capacités cognitives croissent, plus l'on découvre des mécanismes complexes qui poussent à la reproduction. L'Homme pense échapper à cette dictature de l'essaim mais ce n'est qu'un leurre, l'amour est la griserie, l'ivresse qui lui donne l'illusion de s'attacher à un partenaire pour la vie et pourtant, le but n'est pas la rencontre et l'union avec une âme soeur. Le philosophe Schopenhauer assimile l'amour à une ruse imaginée par la Nature dans le seul but de la reproduction et de la survie de l'espèce, dont l'Homme est à la fois victime et complice. L'auteur décrit dans cet ouvrage les mécanismes physiologiques secrets de la passion amoureuse. Pour Farzam Ghaemmaghami, l'amour est une addiction naturelle et saine, indispensable à l'Homme même si les pathologies addictives empruntent les mêmes circuits neuronaux.

→ **RÉPONSES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC ET DE DROGUES**

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation pour la santé, brochure n° 10, 2018, 69 p.

La présente publication est l'aboutissement d'un processus de consultation internationale mené sous l'égide de l'UNESCO en partenariat avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), membres de l'Équipe spéciale inter-institutions pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Elle explique le contexte et la justification d'une amélioration des réponses du secteur de l'éducation à la consommation de substances

psychoactives, rend compte des politiques et pratiques prometteuses fondées sur des données probantes et propose un ensemble d'aspects à prendre en considération pour la poursuite et le déploiement de réponses efficaces. Consulter le document sur le site <http://unesdoc.unesco.org>.

→ **UN QUIZ DE L'OFDT POUR ÉVALUER VOS CONNAISSANCES SUR LE MARKETING ALCOOL ET LES JEUNES !**

Est-ce que les jeunes sont ciblés par les publicités sur l'alcool ? Les bières, les vins, les alcools forts et liqueurs (aussi appelés spiritueux) mais aussi le cidre et le champagne, sont des boissons alcoolisées de différents teneurs d'alcool. Dans ce quiz, réalisé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le terme « alcool » renvoie à ces différents types de boissons alcoolisées. Consulter le quiz sur le site <https://www.jeunes-addictions-ofdt.com>.

→ **MIKALOU ZAPPE LA TÉLÉ CABROL EMMANUELLE, SENDEL FRANCE**

Mutualité française, 2018, np
Les parents et les professionnels sont parfois désorientés face à l'usage des écrans par les enfants et se posent de nombreuses questions : à partir de quel âge ? Combien de temps ? Quels types de contenus ? Pour répondre à ces interrogations, la Mutualité Française Occitanie vous informe et vous accompagne en vous proposant la nouvelle aventure du petit loup « Mikalou zappe la télé ». Ce livret pédagogique, réalisé en partenariat avec les éditions Milan Presse, sensibilise petits et grands sur l'utilisation des écrans. <https://occitanie.mutualite.fr/actualites/mikalou-zappe-la-tele-decouvrez-la-nouvelle-aventure-de-mikalou/>



_ AGENDA

→ **14 ET 15 MARS 2019, AMIENS LES JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE 2019**

E-santé, innovations technologiques et addictologie : enjeux et expériences
Télécharger l'appel à communications libres
Dates limites : 21 novembre 2018 pour les communications orales, 11 janvier 2019 pour les posters.

SAVE THE DATE
→ **20 ET 21 JUIN, PARIS 24^{ES} RENCONTRES DU RESPADD**
En collaboration avec le Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes.



→ **JE TE DOPAMINE, MOI NON PLUS : LES SECRETS DE L'AMOUR, CETTE ADDICTION NATURELLE**

FARZAM GHAEMMAGHAMI
320 pages

Editeur : Hugo Stern Editions
La Nature n'a qu'une obsession, la survie de l'espèce. Si l'insecte obéit aveuglément aux signaux d'ordre chimique des phéromones,



La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd
Novembre 2018 - N° 33
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 : Nicolas Bonnet,

Anne-Cécile Cornibert

Secrétariat : Maria Baraud

Ont collaboré à ce numéro :

Aude Bandini, Nicolas Bonnet,

Guillaume Fond, Michel Gandilhon,

Todd Meyers, Virginie Rousset,

Anne-Laure Werlen

© Textes et visuels : Respadd 2018

Bernard Artal Graphisme

Imprimerie Peau

Tirage : 4 000 exemplaires