

# la Lettre du RESPADD



35

AVRIL 2019

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

## SOMMAIRE

### → ADDICTOLOGIE

- Cannabis et cannabidiol : éléments de compréhension
- Moyens de diminuer les risques de la consommation de cannabis pour la santé

### → TABACOLOGIE

- Prise en charge de l'addiction au tabac : comment agir en pratique ? Expérimentation d'un parcours coordonné ville-hôpital dans l'arrêt du tabac

### → ACTUALITÉ

- Accédez aux principaux indicateurs de santé avec Géodes

### → LIRE UTILE

### → AGENDA

Alors que la communauté internationale, par ses conventions et traités a fortifié depuis plus d'un siècle le dogme de la prohibition de stupéfiants, voilà environ une décennie que les choses ont commencé à changer... à l'étranger. Car la loi française demeure très restrictive et peu efficace. Pourtant, avec 800 000 usagers quotidiens le pays reste le premier consommateur de cannabis de l'Union européenne, quatre français sur dix en ayant déjà consommé.

Néanmoins et sans attendre un changement réglementaire, les démarches de soins et de prévention ont évolué grâce aux savoirs développés par les consommateurs et à la mise en valeur de ces savoirs par les professionnels. La recherche d'effets spécifiques mais aussi l'importance pour les consommateurs de prendre soin de leur santé ont influencé tant l'offre de produits que les outils de prévention. Ces changements, profondément inscrits dans une démarche de réduction des risques, ont ainsi permis l'apparition d'appareils de consommation sans combustion, de sondes thermiques, de techniques d'extraction plus efficace, etc. Récemment, le vaporisateur personnel, combiné avec l'utilisation de CBD sous forme de e-liquides ou directement ingéré, est venu encore davantage modifier les usages et démontrer l'importance des savoirs sachants.

Ainsi le même produit permet aujourd'hui aux fumeurs de cannabis de vapoter sans les



effets néfastes de la combustion tout en bénéficiant des effets « bien-être » de l'usage, de limiter le recours au cannabis chez des personnes atteintes d'affections psychiatriques ou est administré dans de plus en plus de protocoles de soins en neurologie ou traitement de la douleur.

Afin de contribuer efficacement à cette démarche et à ces réflexions, l'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé a créé en septembre 2018 un Comité Scientifique Spécialisé Temporaire (CSST) sur l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France. Ce comité s'est déjà réuni à 3 reprises afin d'évaluer l'intérêt thérapeutique du cannabis dans le traitement de certaines pathologies ou certains symptômes de pathologies, d'analyser les expériences d'autres pays l'ayant déjà mis en place et de faire un état des lieux de la réglementation nationale et internationale sur le sujet. Le comité a auditionné les par-

ties prenantes pour recueillir notamment les témoignages et points de vue des représentants de professionnels de santé et des patients sur l'utilisation du cannabis à visée thérapeutique. Parmi ses premières conclusions, le comité confirme la pertinence d'autoriser l'usage du cannabis à visée thérapeutique pour les patients dans certaines situations cliniques et en cas de soulagement insuffisant ou d'une mauvaise tolérance des thérapeutiques, médicamenteuses ou non, accessibles (et notamment des spécialités à base de cannabis ou de cannabinoïdes disponibles). Cet usage peut être envisagé en complément ou en remplacement de certaines thérapeutiques.

Ces sujets et préoccupations seront au centre des 24<sup>es</sup> Rencontres du RESPADD qui exploreront les nouveaux usages des cannabinoïdes et feront le point sur les recherches en cours en France et à l'international. Seront notamment présentés le développement de la connaissance sur les activités biologiques et neurophysiologiques des cannabinoïdes et leurs applications thérapeutiques, la mise en place d'études cliniques avec du cannabidiol et l'organisation entre le monde médical et les associations de patients présentant des pathologies pouvant bénéficier de traitement par les cannabinoïdes.

Anne Borgne,  
Présidente du Respadd



## → CANNABIS ET CANNABIDIOL : ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION

DR SARAH LEJCAK – ASSISTANTE HOSPITALIÈRE / CENTRE FÉDÉRATIF DOULEUR – SOINS DE SUPPORT – SOINS PALLIATIFS – ÉTHIQUE CLINIQUE / CHU DE NANTES

Depuis 5000 ans, le cannabis *ruderalis*, *sativa* ou *indica* est utilisé dans la pharmacopée humaine de manière informelle pour ses différentes propriétés antiémétiques, antiépileptiques, antispastiques, antalgiques, anxiolytiques, antihypertensives, etc. <sup>(1)</sup>.

Suite à son introduction dans l'arsenal pharmaceutique moderne au XIX<sup>ème</sup> siècle et les dérives d'utilisation récréative au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, son utilisation a été interdite et reste très controversée de nos jours.

Des extraits cannabinoïdes <sup>(2)</sup> (Delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ-9-THC), cannabidiol (CBD) et cannabimol (CBN) majoritairement) de la plante ou fabriqués synthétiquement sont utilisés depuis 1985 en tant que médicaments. En plus de ces alcaloïdes, on recense plus de 400 autres composés répartis en 18 classes chimiques différentes <sup>(3)</sup> dont les effets ne sont pas connus <sup>(4)</sup>.

Quatre médicaments à base de dérivés phyto-cannabinoïdes ont actuellement en 2019 des AMM à travers le monde :

- Cesamet® (nabilone) depuis 1982 : nausée/vomissement/cachexie sous chimiothérapie ou trithérapie.
- Marinol® (dronabinol) depuis 1985 : nausée/vomissement/cachexie sous chimiothérapie ou trithérapie et douleurs réfractaires.
- Sativex® (nabiximols) depuis 2010 : douleur et spasticité dans la SEP.
- Epidiolex® (cannabidiol) depuis 2018 : épilepsie réfractaire chez l'enfant.



Plusieurs produits sont en cours d'essais thérapeutiques tel que le Namisol® (nouvelle galénique de pur THC *per os*) et Arvisol® (pur CBD) produit par Echo Pharmaceuticals qui a breveté un nouveau procédé de délivrance des cannabinoïdes (Alitra™) <sup>(5)</sup>. Des huiles de cannabinoïdes concentrées sont également en cours d'étude, majoritairement en Israël.

L'industrie pharmaceutique développe un arsenal thérapeutique à base de phyto-cannabinoïdes naturels (plants sélectionnés) ou de synthèse, concurrençant la vente de

*C. sativa* à inhaler. Certains plants génétiquement sélectionnés peuvent contenir jusqu'à 30 % (Bedrocan) de Δ-9-THC contre en moyenne 5 % sur le marché illégal (légalement les plants à usage récréatif ne peuvent pas dépasser 15 % de THC).

Les plants de *C. sativa* sélectionnés avec des teneurs en CBD et THC connus sont très réglementés avec un prix unique.

Dans 5 états américains, le cannabis médical peut être prescrit pour réduire l'anxiété et les troubles du sommeil chez les patients atteints d'état de stress post traumatique

(ESPT ou PTSD : *post-traumatic stress disorder*) défini par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM-IV (référentiel mondial de psychiatrie 4<sup>ème</sup> version). Une étude <sup>(6)</sup> parue en 2013 regroupa 170 patients d'un dispensaire de San Francisco qui utilisaient le cannabis pour des problèmes d'anxiété (62,7 %), pour des douleurs chroniques (55,6 %), du stress (47,9 %), de l'insomnie (47,9 %) et de la dépression (41,4 %). Parmi les 170 patients, 75 d'entre eux souffraient de PTSD (score au questionnaire spécifique de 17 items supérieur à 30 points).

Plusieurs équipes scientifiques ont démontré leurs propriétés. Le système endocannabinoïde qui est étudié depuis 25 ans a un rôle clé dans la physiologie de la douleur et l'homéostasie globale des mammifères.

Les récepteurs cannabinoïdes de type 1 (CB1), découverts en 1988, sont couplés aux protéines G avec 7 domaines transmembranaires interagissant avec





des canaux potassiques et calciques impliqués dans la cascade des MAP-kinases (G0/i) [7] servant à la différenciation et la survie neuronale. Les récepteurs cannabinoïdes de type 2 (CB2) sont majoritairement retrouvés dans les cellules et tissus immunitaires, qui activés, peuvent avoir une influence sur l'activité inflammatoire et immunosuppressive [3].

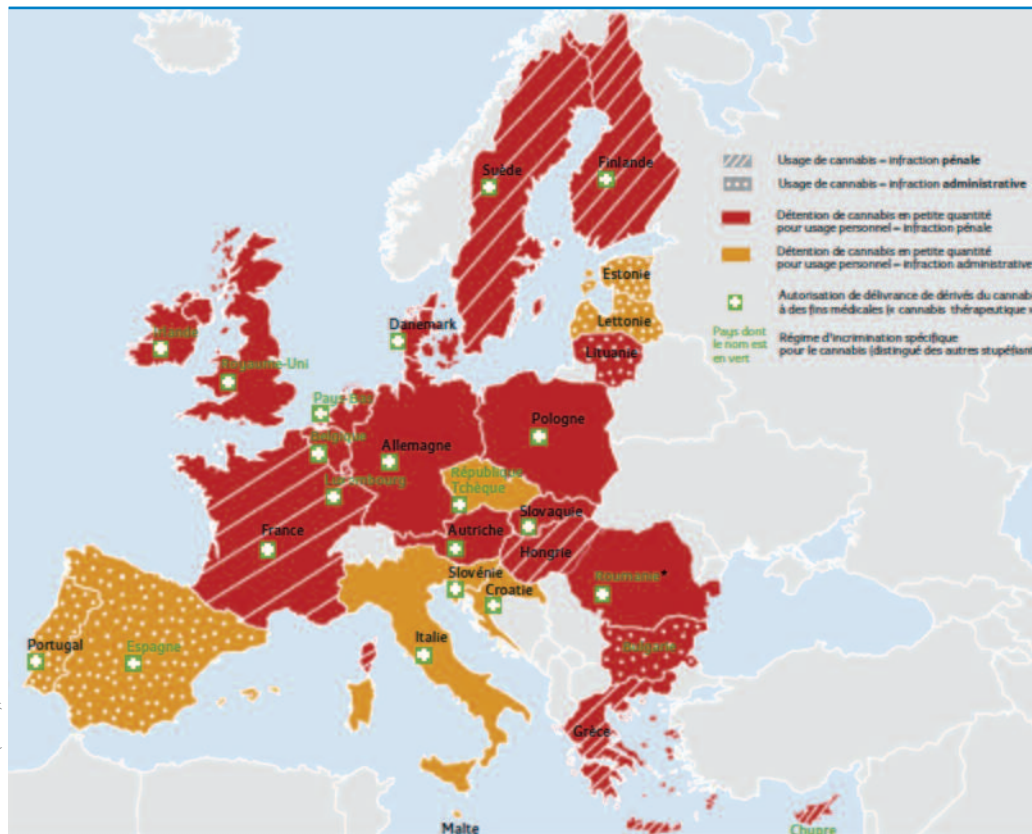
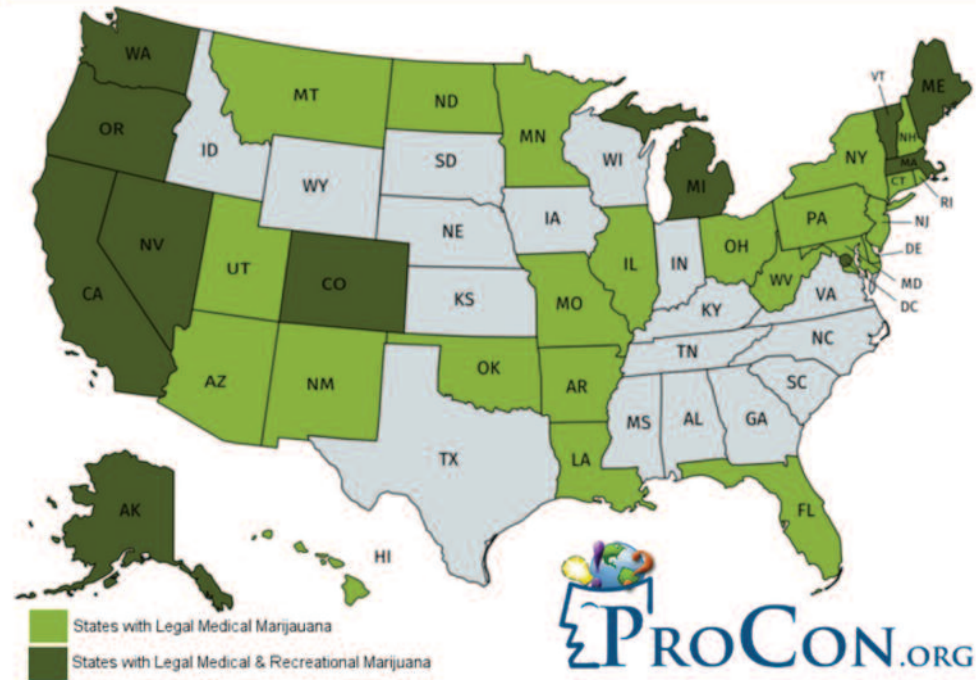
En 2019, aux USA, 33 états sur les 51 autorisent le cannabis médical inhalé ou certains cannabinoïdes extraits ou de synthèse sous forme de médicaments (dronabinol, nabiximols, nabilone et cannabidiol) alors que la loi fédérale l'interdit, produisant un vide juridique problématique pour des milliers de patients. La possession des médicaments contenant des cannabinoïdes ou sa forme séchée (cannabis) est toujours illégale sans prescription dans les états qui l'autorisent et complètement illégale dans les autres ne l'autorisant pas.

En Europe, la législation sur le cannabis est très différente entre les 28 pays. Selon le rapport 2017 de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [8],

## 33 Legal Medical Marijuana States and DC

Laws, Fees, and Possession Limits

33 Legal Medical Marijuana States & DC  
10 Legal Recreational Marijuana States & DC



aucun pays européen n'autorise officiellement le cannabis médical à fumer et 18 pays sur les 28 de l'Union Européenne autorisent les médicaments contenant des dérivés phyto-cannabinoïdes, ainsi que leur détention pour un usage personnel.

En France, depuis le 5 juin 2013 un décret au Journal Officiel Français permet "la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché à des médicaments contenant du cannabis ou ses dérivés". Le Marinol® (dronabinol) est le seul délivré, par une Autorisation Temporaire d'Utilisation nominative (ATUn), pour des douleurs réfractaires neuropathiques d'origine centrale depuis 2006 par les algologues des centres de la douleur ou les neurologues et uniquement en pharmacie hospitalière. Depuis 2006, 191 patients dans notre enquête (sur les 377 indexés par l'Agence Nationale du Médicament (ANSM) ont été

traités par dronabinol et 90 d'entre eux l'étaient toujours en 2017, répartis dans 12 régions métropolitaines (*en cours de publication dans la revue Neurologique avec les détails statistiques*).

La moitié des patients souffraient de Sclérose en Plaques (SEP) ou d'autres maladies entraînant des douleurs neuropathiques centrales et un seul était atteint de cancer. La majorité des patients ont ressenti une amélioration de leurs douleurs comprise entre 30 et 50 %. Près d'un quart des patients ont rapporté une amélioration de leurs douleurs supérieure. Seulement 36 patients avaient moins de 30 % de diminution de leurs douleurs. Donc près de 80 % ont ressenti une amélioration d'au moins 30 % de leurs sensations douloureuses.

La méta-analyse parue dans la revue JAMA le 12 avril 2016<sup>(9)</sup> a répertorié depuis le commencement jusqu'en avril 2015 tous les essais cliniques randomisés utilisant du canna-

bis médical quelle que soit la galénique et quelle que soit son indication

Les auteurs ont ainsi répertorié que le cannabis a été testé pour lutter contre les nausées/vomissements sous chimiothérapies, pour stimuler l'appétit chez les patients atteints de VIH ou de SIDA, pour soulager les douleurs chroniques et/ou la spasticité induite par la SEP ou la para/tétraplégie, pour améliorer la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ou la psychose, pour diminuer la tension oculaire dans le glaucome et pour essayer de soigner le syndrome de Gilles de la Tourette.

Une étude internationale<sup>(10)</sup>, parue en 2014, réalisée par le *Global Cannabis Cultivation Research Consortium* (GCCRC) en Australie, Belgique, Allemagne, Danemark, Finlande et Royaume-Uni a regroupé 5313 cultivateurs illégaux de *C. sativa* pour raisons médicales (entre 2012 et 2013). Le diagnostic médical le plus répandu pour lequel les patients cultivent du

cannabis est la SEP, suivi par la fibromyalgie. Cependant, dans la majorité des cas, le médecin traitant n'est pas averti que son patient utilise du cannabis en automédication et celui-ci n'ose pas lui en parler. On trouve très peu d'études réalisées en dehors de l'Amérique du Nord.

Il n'y a aucune donnée statistique en France sur l'utilisation de *C. sativa* ou de cannabinoïdes à visée thérapeutique en France.

Depuis plusieurs années, la mortalité par overdose d'opioïdes prescrites légalement a fortement augmentée aux USA. L'étude d'une équipe de recherche médicale de Philadelphie parue en août 2014<sup>(11)</sup> a fait le lien entre la légalisation du cannabis médical dans les différents états et le nombre d'overdoses non volontaires par opioïdes par an dans ces mêmes états américains entre 1999 et 2010. La conclusion des auteurs est que les états autorisant le cannabis médical ont vu les décès par overdoses d'opioïdes fortement diminuer

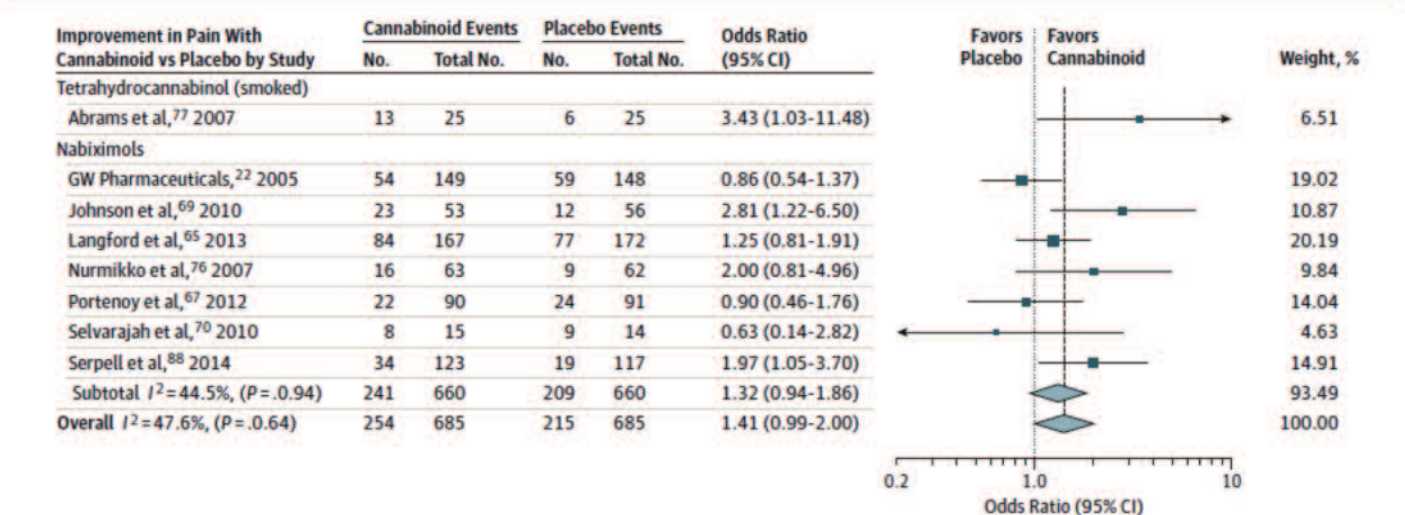
dès la première année de légalisation avec une moyenne de 24,8 %.

En 2015, une étude<sup>(12)</sup> de médecine générale parue dans le journal américain de psychiatrie s'est penchée sur la différence entre les utilisateurs de cannabis médical et ceux l'utilisant à des fins récréatives. 868 participants furent recrutés dans des cabinets de ville de l'état de Washington entre 2009 et 2012 (qui autorise actuellement le cannabis médical et récréatif). 131 personnes fumaient de la marijuana pour leurs problèmes de santé (49 d'entre eux avaient une prescription médicale de leur généraliste), 525 en fumaient pour ses effets euphorisants et 212 l'utilisaient avec d'autres drogues. Globalement, les auteurs montrèrent quelques différences entre les 2 groupes d'utilisateurs.

**Cannabinoids for Medical Use**

**Original Investigation Research**

**Figure 2. Improvement in Pain**



Odds indicate 30% or greater improvement in pain with cannabinoid compared with placebo, stratified according to cannabinoid. The square data markers indicate odds ratios (ORs) from primary studies, with sizes reflecting the statistical weight of the study using random-effects meta-analysis. The

horizontal lines indicate 95% CIs. The blue diamond data markers represent the subtotal and overall OR and 95% CI. The vertical dashed line shows the summary effect estimate, the dotted shows the line of no effect (OR = 1).

Penny F. Whiting et al. *Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA. April 12, 2016.



Recommendations for individual drugs or drug classes based on the GRADE classification and for first-, second-, and third-line drugs for neuropathic pain. Drugs pertaining to the same drug class are presented in alphabetical order.

GRADE classification	Drugs	Daily dosages and dose regime	Recommendations
<b>STRONG FOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gabapentin</li> <li>Gabapentin ER/enacarbil</li> <li>Pregabalin</li> <li>SNRIs duloxetine/venlafaxine</li> <li>TCA's</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1200–3600 mg TID</li> <li>1200–3600 mg BID</li> <li>300–600 mg BID</li> <li>60–120 mg QD (duloxetine); 150–225 mg QD (venlafaxine ER)</li> <li>25–150 mg qd or BID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>First-line</li> <li>First-line</li> <li>First-line</li> <li>First-line</li> <li>First-line <sup>1</sup></li> </ul>
<b>WEAK FOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capsaicin 8% patches</li> <li>Lidocaine patches</li> <li>Tramadol</li> <li>BTX- A (SC)</li> <li>Strong opioids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1–4 patches to the painful area for 30–60 min every 3 months</li> <li>1–3 patches to the painful area for up to 12 hours</li> <li>200–400 mg BID (tramadol ER) or TID</li> <li>50–200 units to the painful area every 3 months</li> <li>Individual titration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Second-line (PNP) <sup>2</sup></li> <li>Second-line (PNP)</li> <li>Second-line</li> <li>Third-line ; specialist use (PNP)</li> <li>Third line <sup>3</sup></li> </ul>
<b>INCONCLUSIVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Combination therapy</li> <li>Capsaicin cream</li> <li>Carbamazepine</li> <li>Clonidine topical</li> <li>Lacosamide</li> <li>Lamotrigine</li> <li>NMDA antagonists Oxcarbazepine</li> <li>SSRI antidepressants Tapentadol</li> <li>Topiramate</li> <li>Zonisamide</li> </ul>		
<b>WEAK AGAINST</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cannabinoids</li> <li>Valproate</li> </ul>		
<b>STRONG AGAINST</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Levetiracetam</li> <li>Mexiletine</li> </ul>		

Abbreviations: SNRIs=serotonin noradrenaline reuptake inhibitors. TCAs=tricyclic antidepressants. ER= extended release; BID : twice daily; QD : once daily. PNP=peripheral neuropathic pain.

En effet, ceux utilisant le cannabis à des fins médicales avaient moins de problèmes d'addiction (autres drogues, alcoolisme, médicamenteuse) mais plus de problème de santé (douleurs, spasticité). Les auteurs ont également fait le parallèle avec le fait que, dans les états où l'utilisation médicale du cannabis était autorisée, il y avait moins de prescription d'opioïdes. Les auteurs soulignaient la nécessité de former les médecins généralistes à la prescription de cannabis à l'instar des opioïdes et benzodiazépines pourvoyeurs d'overdoses, d'addiction et d'effets secondaires.

En 1998, un sondage téléphonique fut réalisé dans la province de l'Ontario au Canada. Sur 2508 personnes interrogées, 49 personnes utilisaient du cannabis pour une raison médicale (85 % pour de la douleur ou des nausées) et 179 de manière récréative. La conclusion des auteurs était que 2 % de leur échantillon total pouvaient prétendre de manière légitime à l'utilisation médicale

de cannabis, les autres consommateurs utilisant cette plante pour ses effets psychotropes à des fins récréatives <sup>(13)</sup>.

En 2014, le Dr Juurlink (Toronto) a publié une tribune <sup>(14)</sup> dans le *Canadian Medical Association Journal* sur la difficulté que peut rencontrer un médecin généraliste à faire sa première prescription de cannabis. Il explique la culpabilité que de nombreux médecins ressentent à prescrire du cannabis encore considéré uniquement comme une drogue dans beaucoup de pays. Il rappelle que de nombreux médicaments tels que les opioïdes peuvent être mal tolérés et comportent plus de risques que le cannabis, qui doit être considéré comme une alternative thérapeutique, voire parfois dans certains cas « comme la seule bonne prescription ».

Dans la revue de la Cochrane parue en 2018 <sup>(15)</sup>, la plus longue étude sur les cannabinoïdes s'étalait sur 32 semaines, et aucune n'avait une qualité suffisante pour prouver une efficacité dans les douleurs chroniques

chez l'adulte.

Pour contourner la loi en France, un certain pourcentage de patients achètent du CBD sous différentes galéniques, nous n'avons aucunes données sur cette consommation, ses effets et sur la provenance de ces produits.

En février 2019, on référence 2272 articles dans PubMed sur le cannabidiol dont 122 sont des essais cliniques sur différentes pathologies <sup>(16,17)</sup> et 178 sont en cours actuellement ([www.clinicaltrials.com](http://www.clinicaltrials.com)) dont 4 sur les mouvements anormaux dans la maladie de Parkinson, une étude sur l'impact dans l'anxiété <sup>(18)</sup> et une pour le traitement de l'addiction aux opioïdes <sup>(18,19)</sup>.

L'utilisation du cannabidiol dans l'épilepsie a débuté il y a plus de 40 ans (3 études cliniques en 1974 <sup>(20)</sup>, 1980 et 1981 <sup>(21)</sup>) puis abandonné pour des raisons politiques.

Cette molécule est depuis remise sur la scène en 2014 <sup>(22)</sup> avec une cohorte d'enfants à l'épilepsie réfractaire pour laquelle de très bons résultats

ont été prouvés, ce qui a engendré une nouvelle AMM en 2018 (Epidiolex®).

L'utilisation médicale du cannabis et de médicaments à base de cannabinoïdes de manière officielle dans certains pays date d'une vingtaine d'années. Le recul qu'ont ces pays sur cette pratique impose la prudence de cette prescription qui doit se faire dans un cadre réglementaire bien défini. Cependant, de nombreuses études montrent que le cannabis, utilisé à bon escient, peut être une alternative thérapeutique notamment aux opioïdes qui ont de nombreux effets secondaires et dont le surdosage peut entraîner un décès.

La prescription de cannabinoïdes (naturels ou synthétiques) pour les douleurs chroniques reste une alternative et un traitement de 2 ou 3<sup>ème</sup> ligne [Recommandations internationales de 2015 basées sur la classification GRADE pour le traitement des douleurs neuropathiques <sup>(23)</sup>].



Plusieurs milliers de patients à travers le monde sont traités par cannabis et leur surveillance sur plusieurs années permettra un recul suffisant à l’OMS pour émettre des nouvelles recommandations d’utilisation. Le manque d’informations des professionnels de santé et la législation sont un frein à l’utilisation de *C. sativa* de manière médicale et encadrée notamment en Europe et surtout en France.

En Amérique du Nord, tout médecin diplômé peut prescrire des cannabinoïdes en remplissant un simple formulaire en ligne. Les autorités de santé canadiennes ont rédigé une documentation très complète à destination des professionnels de santé<sup>[24]</sup> sur les formalités de prescription, la documentation scientifique et les informations à donner au patient sur le traitement par cannabinoïdes.

En France, aucune documentation officielle de l’HAS n’est disponible et les professionnels doivent faire leurs propres recherches afin de trouver des informations spécifiques.

La France est l’un des pays au monde avec la plus forte consommation illégale de cannabis malgré<sup>[8]</sup> une des plus fortes répressions judiciaires pour sa détention.

Les thérapeutiques à base de cannabis nécessiteraient des études cliniques en France pour différentes indications afin d’être utilisées par les patients et les médecins dans de bonnes conditions. Une information spécifique des patients et une formation des professionnels de santé seront nécessaires afin d’éviter des prescriptions déraisonnées. ■

#### Liste des abréviations

- $\Delta$ -9-THC ou THC : Delta-9-tetrahydrocannabinol
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- ATUn : Autorisation Temporaire d’Utilisation nominative
- CB1 : récepteurs cannabinoïdes de type 1
- CB2 : récepteurs cannabinoïdes de type 2
- CBD : Cannabidiol
- CBN : Cannabinol
- EMCDDA : *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*
- FDA : *Food And Drug Administration*
- GRADE : *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*
- HAS : Haute autorité de santé
- IASP : *International Association for Study of Pain*
- MICI : *Maladies Inflammatoires Chroniques de l’Intestin*
- NCI : *National Cancer Institute*
- NIDA : *National Institute on Drug Abuse*
- NORML : *National Organization for the Reform of Marijuana Legislation*
- OMC : *Office of Medicinal Cannabis*
- OMS : *Organisation mondiale de la Santé*
- ONU : *Organisation des Nations Unies*
- SIDA : *syndrome d’immuno-déficience acquise*
- THCV : *Delta-9-tétrahydrocannabivarine*
- UE : *Union Européenne*
- UNODC : *United Nation Office on Drugs and Crime*
- USA : *United State of America*
- VIH : *virus de l’immunodéficience humaine*

#### Bibliographie

1. Institute of Medicine (US); Joy JE WSJ, Benson JA Jr. *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base*. Washington (DC): National Academies Press (US); Copyright 1999 by the National Academy of Sciences. All rights reserved., 1999, p.288.
2. Grotenhermen F. Medicinal uses of Marijuana and cannabinoids. *Critical reviews in plant sciences*. 2017.
3. Baron EP. Comprehensive Review of Medicinal Marijuana, Cannabinoids, and Therapeutic Implications in Medicine and Headache: What a Long Strange Trip It’s Been. *Headache*. 2015; 55: 885-916.
4. Pertwee RG. Cannabinoid pharmacology: the first 66 years. *British journal of pharmacology*. 2006; 147 Suppl 1: S163-71.
5. Klumbers LE, Beumer TL, van Hasselt JG, et al. Novel Delta(9)-tetrahydrocannabinol formulation Namisol(R) has beneficial pharmacokinetics and promising pharmacodynamic effects. *British journal of clinical pharmacology*. 2012; 74: 42-53.
6. Bonn-Miller MO, Babson KA and Vandrey R. Using cannabis to help you sleep: heightened frequency of medical cannabis use among those with PTSD. *Drug and alcohol dependence*. 2014; 136: 162-5.
7. Borgelt LM, Franson KL, Nussbaum AM and Wang GS. The pharmacologic and clinical effects of medical cannabis. *Pharmacotherapy*. 2013; 33: 195-209.
8. Addiction EMCfDaD. Cannabis legislation in Europe. In: EMCDDA, (ed.). Publications Office of the European Union, Luxembourg.: European Union, 2017.
9. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama*. 2015; 313: 2456-73.
10. Hakkarainen P, Frank VA, Barratt MJ, et al. Growing medicine: small-scale cannabis cultivation for medical purposes in six different countries. *The International journal on drug policy*. 2015; 26: 250-6.
11. Bachhuber MA, Saloner B, Cunningham CO and Barry CL. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010. *JAMA internal medicine*. 2014; 174: 1668-73.
12. Roy-Byrne P, Maynard C, Bumgardner K, et al. Are medical marijuana users different from recreational users? The view from primary care. *The American journal on addictions*. 2015; 24: 599-606.
13. Ogborne AC, Smart RG and Adlaf EM. Self-reported medical

use of marijuana: a survey of the general population. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l’Association medicale canadienne*. 2000; 162: 1685-6.

14. Juurlink DN. Medicinal cannabis: time to lighten up? *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l’Association medicale canadienne*. 2014; 186: 897-8.
15. Mucke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F and Hauser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018; 3: CD012182.
16. Trigo JM, Lagzdins D, Rehm J, et al. Effects of fixed or self-titrated dosages of Sativex on cannabis withdrawal and cravings. *Drug and alcohol dependence*. 2016; 161: 298-306.
17. Trigo JM, Soliman A, Staios G, et al. Sativex Associated With Behavioral-Relapse Prevention Strategy as Treatment for Cannabis Dependence: A Case Series. *Journal of addiction medicine*. 2016; 10: 274-9.
18. Lee JLC, Bertoglio LJ, Guimaraes FS and Stevenson CW. Cannabidiol regulation of emotion and emotional memory processing: relevance for treating anxiety-related and substance abuse disorders. *British journal of pharmacology*. 2017; 174: 3242-56.
19. Wilson M, Gogulski HY, Cuttler C, et al. Cannabis use moderates the relationship between pain and negative affect in adults with opioid use disorder. *Addictive behaviors*. 2018; 77: 225-31.
20. Perez-Reyes M and Wingfield M. Letter: Cannabidiol and electroencephalographic epileptic activity. *Jama*. 1974; 230: 1635.
21. Cilio MR, Thiele EA and Devinsky O. The case for assessing cannabidiol in epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55: 787-90.
22. Devinsky O, Cilio MR, Cross H, et al. Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. *Epilepsia*. 2014; 55: 791-802.
23. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*. 2015; 14: 162-73.
24. Ph.D. HA. Renseignements destinés aux professionnels de la santé

Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes. Santé Canada  
Date de la version la plus récente : février 2013.



## → MOYENS DE DIMINUER LES RISQUES DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS POUR LA SANTÉ

L'association des infirmières et infirmiers du Canada publie ses recommandations pour la réduction des méfaits de la consommation de cannabis à des fins non médicales. <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/la-reduction-des-mefaits-de-la-consommation-de-cannabis-a-des-fins-non-medicales.pdf?la=fr&hash=611594E275580F146372EA1279E6AA29538C59C5>

**B**ien que l'abstinence constitue le seul moyen d'éviter complètement les risques de la consommation de cannabis pour la santé, les usagers de cette substance peuvent s'attendre à les atténuer en adoptant les recommandations suivantes :

- 1 | Retarder la consommation jusqu'au début de l'âge adulte.** Comme le risque de dépendance est plus élevé lorsque l'usage débute à un jeune âge, le risque de trouble d'utilisation du cannabis et ses méfaits connexes sur la santé peuvent être atténués ou évités en retardant la consommation initiale au début de l'âge adulte.
- 2 | Réduire au minimum la fréquence d'utilisation.** Étant donné que le risque de méfaits augmente avec le taux d'utilisation, la consommation fréquente, quotidienne ou presque quotidienne devrait être évitée.
- 3 | Essayer d'arrêter quand l'usage devient difficile à contrôler.** Les consommateurs fréquents de cannabis non médical qui éprouvent de la difficulté à contrôler leur usage

devraient tenter d'arrêter, avec de l'aide professionnelle, au besoin.

- 4 | Réduire au minimum les complications respiratoires.** Pour diminuer les complications respiratoires, éviter de fumer du cannabis avec du tabac, s'abstenir d'inhaler profondément et de retenir sa respiration, et envisager le recours à un vaporisateur au lieu de fumer.
- 5 | Éviter de consommer des quantités trop importantes ou très concentrées.** Se méfier de la consommation excessive ou du cannabis à forte teneur en THC, y compris les produits cannabinoïdes synthétiques. Envisager d'ajuster la dose en ne se servant que de la quantité nécessaire pour obtenir l'effet recherché.
- 6 | S'abstenir de consommer du cannabis non médical avec de l'alcool.** Le mélange de cannabis non médical avec l'alcool risque d'accroître l'affaiblissement des capacités de façon exponentielle et aussi de causer de l'anxiété, des nausées, des vomissements ou l'évanouissement.

- 7 | Ne pas conduire dans un état d'euphorie et ne pas prendre place dans un véhicule si le conducteur est dans un état d'euphorie.** Étant donné que l'effet du cannabis inhalé atteint son maximum après 30 minutes et se résorbe après 1 à 3,5 heures (quoique la déficience cognitive puisse durer jusqu'à 6 heures), il est déconseillé de conduire pendant au moins 6 heures après l'inhalation de la substance (plus longtemps après son ingestion). Il est recommandé d'attendre plus longtemps si des produits à forte teneur ou des doses plus importantes ont été consommées, si la déficience cognitive persiste ou si le cannabis a été utilisé avec d'autres substances (y compris l'alcool).
- 8 | Partager avec prudence.** Les consommateurs doivent prendre soin de réduire au minimum le contact des lèvres avec les joints ou le matériel employé pour fumer ou vaporiser. Les objets partagés qui entrent en contact avec les lèvres augmentent le risque de transmission d'infections, y compris la méningite, l'influenza et celles causées par d'autres pathogènes.

- 9 | Les groupes vulnérables devraient s'abstenir de consommer.** Les groupes à risque élevé, notamment les femmes enceintes et les gens ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose, s'exposent davantage à des problèmes liés au cannabis. Ces groupes devraient éviter complètement d'en consommer.
- 10 | Ingérer du cannabis avec prudence.** Afin d'éviter les surdoses accidentelles provoquées par des produits comestibles au cannabis, il faut commencer « avec de faibles doses et aller lentement ». Les États où le cannabis est légal recommandent de commencer avec au plus 10 mg de THC et d'attendre au moins deux heures avant d'en ingérer plus (*University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute*, 2017). Pour éviter les surdoses accidentelles chez les enfants ou les animaux de compagnie, ranger les produits comestibles et d'autres produits du cannabis en lieu sûr et hors de la portée (Wang et coll., 2014). ■

### — LIRE UTILE

→ **LE TROISIÈME CERVEAU. PETITE PHÉNOMÉNOLOGIE DU SMARTPHONE**  
 PIERRE-MARC DE BIASI  
 Broché: 150 pages  
 Éditeur : Cnrs

Il y a dix ans, Steve Jobs présente son dernier-né : iPhone, premier téléphone cellulaire contenant un navigateur Internet, un iPod et un écran tactile multi-touch. C'est une révolution. Depuis, le smartphone a su se rendre aussi indispensable que l'air que l'on respire : on ne l'éteint que forcé et contraint,

on ne s'en sépare jamais, au point que certains parlent de pathologie addictive, d'amnésie, d'hyper connexion, de confusion mentale. D'un autre côté, chacun mesure l'étendue des services rendus : communiquer, s'informer, traduire, écouter, lire, écrire, voir, photographier, se localiser, payer, jouer... Le smartphone n'est pas qu'un intercesseur efficace du réel, il est devenu notre point de vue sur le monde. Son rôle de médiateur est tel qu'il finit par adhérer à nous comme une sorte d'artefact organique, sans frontière entre l'outil

et son utilisateur. Avec l'intelligence artificielle et la 5G, le smartphone augmenté nous dotera de super pouvoirs, mais en aggravant les dangers. Il nous a appris à désapprendre : il fera de nous des assistés. Il vend nos profils au plus offrant : il servira à nous manipuler pour orienter nos votes. Il espionne notre vie privée : il fera de nous les sujets d'un véritable empire de la surveillance. À moins qu'il ne devienne l'instrument d'une nouvelle conscience collective capable de donner leurs chances à la fraternité, à la démo-



cratie directe et à la survie de la planète. Enrichi de témoignages, *Le troisième cerveau* est un essai décapant sur un comportement à risque : notre sujétion aveugle à l'objet fétiche de la culture numérique.



## → PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION AU TABAC : COMMENT AGIR EN PRATIQUE ? EXPÉRIMENTATION D'UN PARCOURS COORDONNÉ VILLE-HÔPITAL DANS L'ARRÊT DU TABAC

NATHALIE LAJZEROWICZ – MÉDECIN ADDICTOLOGUE HOSPITALIER / HÔPITAL SUBURBAIN DU BOUSCAT  
CHARGÉE D'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE, AGIR33-AQUITAINE

PHILIPPE CASTÉRA – MÉDECIN GÉNÉRALISTE – PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE / UNIV. DE BORDEAUX  
COORDONNATEUR MÉDICAL, AGIR33-AQUITAINE

Nous avons la conviction que dans la majorité des cas, les médecins de proximité sont les mieux placés pour accompagner leurs patients fumeurs vers l'arrêt, si on leur en donne les **repères simples, acceptables et reproductibles** : ces repères peuvent être la chronologie optimale des consultations de suivi, la cinétique attendue du sevrage progressif, la compréhension de la maladie addictive, les modalités d'utilisation des thérapeutiques, les supports de maintien de l'abstinence. Et surtout la structuration du contenu des consultations compatible avec les contraintes de temps et d'organisation des médecins généralistes.

Nous avons ainsi développé l'idée de construire un partenariat ville-hôpital auprès des médecins traitants dont le 1<sup>er</sup> et principal objectif était de les familiariser avec l'aide à l'arrêt du tabac par une transmission des pratiques en tandem.

Le 2<sup>ème</sup> objectif était de responsabiliser le patient dans son parcours de soins, en lui permettant d'être porteur de son dossier, qui constituait ainsi un trait d'union entre les consultations de la ville et de l'hôpital, avec échanges d'informations dans une approche transversale, entre les trois acteurs : spécialiste, médecin traitant et patient.

Le 3<sup>ème</sup> objectif était d'optimiser les circuits de prise en charge, en ciblant la prise en charge hospitalière exclusive sur les cas les plus complexes. En effet, l'accroissement de la demande d'aide à l'arrêt du tabac, générée par les nouvelles politiques de lutte contre le tabagisme, génère elle-même une tension dans les flux de prise en charge dans les consultations spécialisées d'addictologie, jusqu'à plusieurs mois d'attente.

Le socle du dispositif a été l'évaluation de la consultation d'aide à l'arrêt du tabac de l'Hôpital Suburbain du Bouscat, réalisée en 2016 dans le cadre d'une thèse de médecine, et avec l'appui universitaire du Pôle Addictologie du Centre hospitalier Charles Perrens. Les résultats de l'évaluation ont montré plus de 60 %

d'arrêt du tabac de plus de 6 mois. Cette efficacité nous a encouragés à diffuser notre méthodologie d'accompagnement.

30 médecins généralistes de Bordeaux-métropole ont été inclus en septembre et octobre 2017 dans cette expérience inédite. Son caractère novateur résidait dans la prise en charge conjointe entre la consultation spécialisée d'addictologie de l'Hôpital Suburbain et les médecins traitants des patients. Nous avons ainsi élaboré un parcours du patient en consultations alternées entre notre service d'addictologie de l'Hôpital du Bouscat et ces praticiens.

Une transmission des pratiques en tandem a été organisée, par 3 supports :

- un synoptique du programme d'accompagnement sur 6 mois, comprenant une dizaine de consultations menées en alternance entre l'hôpital et la médecine de ville, et décrivant les points essentiels de leur contenu attendu respectif ;
- la traçabilité des consultations respectives sur le dossier de prise en charge, porté par le patient lui-même ;
- une hotline permanente mise à disposition des médecins traitants.

Le partage du dossier s'est révélé essentiel pour faciliter la transmission des éléments de consultation utiles au praticien (maniement des thérapeutiques et ajustements, thérapie comportementale et conseils

de gestion du craving, explication des symptômes présentés, et conduite à tenir en fonction de l'évolution...). Le bénéfice était aussi pour le patient de relire ces précisions qui entretenaient son implication, ou d'en discuter de vive voix avec son médecin.

44 patients se sont présentés à la consultation durant la période, dont la moitié était adressée par leur médecin traitant, les autres sur leur initiative. 13 patients ont été gardés en prise en charge hospitalière exclusive : il s'agissait de 4 patients urgents (grossesse, cancer sein récidivant, gastrectomie déjà programmée, insuffisance respiratoire sévère), de 6 patients difficiles (addictions multiples, dépression majeure...) et de 2 patients sans médecin traitant (ou médecin traitant étant le conjoint). Finalement, ce sont 31 patients qui ont été intégrés dans l'expérience, (dont 2 ayant le même médecin traitant). Le projet a donc concerné 30 médecins, qui ont tous accepté de participer.

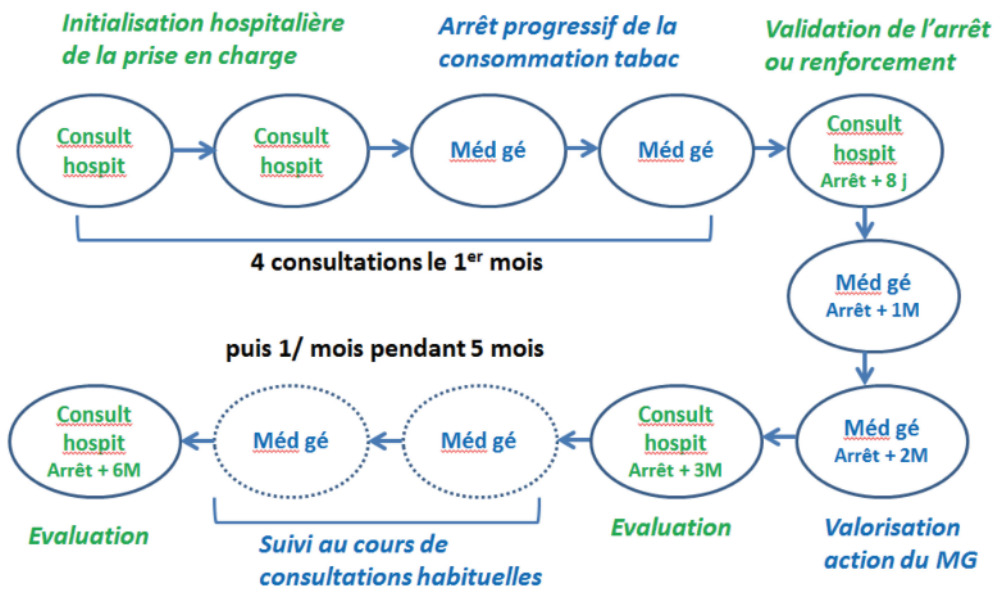
La phase test conduite pendant l'été 2017, a montré l'importance, pour les patients comme pour les généralistes, d'initier la prise en charge en consultation hospitalière. Il s'agissait d'acter l'engagement mais aussi de prendre la responsabilité des prescriptions initiales, notamment médicamenteuses. Puis on rendait la main au médecin généraliste pour 2 consultations à une semaine d'intervalle

pour qu'il accompagne l'évolution, généralement favorable, de son patient, en préconisant des consultations dédiées à ce suivi tabac. Le patient revenait ensuite en consultation spécialisée pour booster si besoin l'accession à l'arrêt, puis il retournait consulter son médecin en suivi mensuel, tandis que 2 consultations spécialisées étaient programmées à 3 et 6 mois.

Les résultats de cette expérience de prise en charge conjointe de l'abstinence tabagique sont intéressants : sur 31 patients éligibles à la prise en charge conjointe, on relève 6 abandons précoces de programme, parmi lesquels 5 liés à une addiction à l'alcool associée. Cinq autres n'ont consulté que l'addictologue ou que leur médecin. 45 % de l'échantillon (n=14/31) a pu cesser de fumer au moins 6 mois. Parmi les 20 patients ayant finalement réalisé un parcours partagé addictologue/médecin traitant, 60 % (n=12/20) sont abstinents de tabac sur plus de 6 mois.

L'évaluation qualitative des perceptions et attitudes des médecins, réalisée en entretiens directs, dans le cadre d'une thèse de médecine, a été riche d'enseignements positifs, qui encouragent l'élargissement de cet essai : 93 % des médecins ont été motivés par le principe du partenariat, 70 % en ont apprécié l'organisation, 75 % la durée de la consultation correcte, 75 % le référen-





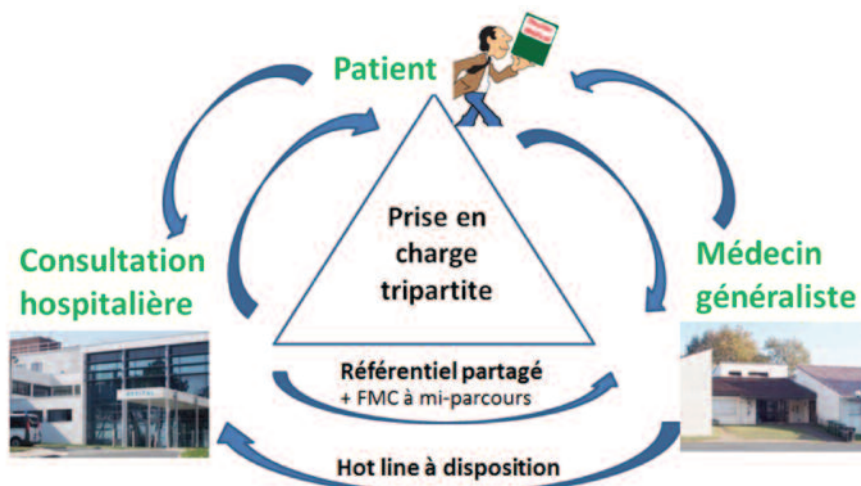
tiel commun utile, 65 % ont été satisfaits du dossier partagé, 85 % ont souhaité renouveler ce dispositif et 40 % se sont déclarés désormais en capacité de gérer seuls un arrêt du tabac.

Les nombreux commentaires recueillis étaient le plus souvent enthousiastes, exprimant « une très bonne expérience », s'être « sentis guidés », « osant désormais faire des consultations dédiées à cette prise en charge », concluant que « tout arrêt du tabac doit se réaliser au moins en partie avec le médecin traitant, du fait de son lien privilégié avec son patient »... Les patients, acteurs de leur prise en charge, ont grandement apprécié leur rôle actif dans ce parcours, l'implication de leur médecin traitant

dans la démarche, et se sont sentis réellement valorisés de lui montrer leur capacité de changement : « Ma médecin était contente de ma progression, ça m'a beaucoup motivée de voir sa satisfaction », « Mon médecin est désormais plus impliqué et plus sensibilisé, maintenant à chaque fois on parle du tabac, même si je vais le voir pour autre chose », « C'est très bien pour le médecin qui se rend compte qu'il pourrait lui-même effectuer ce suivi ».

Cette expérience a permis de favoriser la coordination des professionnels et la responsabilisation du patient. Elle donne des clés permettant de conforter le médecin de soins premiers dans son rôle central pour la prise en charge de l'addiction au tabac. Son enjeu co-

rollaire est d'alléger la charge en soins toujours croissante pour les médecins, qu'ils soient de premier recours et de spécialités, en s'attaquant au facteur le plus régulièrement contributif de morbidité. Lors de sa présentation en avril 2018 à Paris au CMGF (Congrès de Médecine Générale-France), des médecins d'autres régions se sont montrés particulièrement intéressés, souhaitant obtenir les outils utilisés pour transposer cette expérience dans leurs structures. Ce dispositif va être déployé en 2019 en ex-Aquitaine sur 15 centres d'addictologie et leurs correspondants médecins traitants, sous l'égide d'AGIR33 Aquitaine, avec le soutien de l'ARS-NA et du Pôle Prévention/Innovations du CHU de Bordeaux. ■



→ **LA TABACOLOGIE: ASPECTS THÉORIQUES, CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX DE MÉDECIN À MÉDECIN**  
 FARZAM GHAEMMAGHAMI  
 Broché: 371 pages  
 Editeur : EDP Sciences

On pourrait presque assimiler l'existence du tabac, cette usine toxique complexe, à un moyen de suicide « voire même de suicide collectif », si lent et diabolique qu'il relève du plus illusoire des mirages hédoniques.

Ce livre vise à présenter l'ensemble des connaissances actuelles fondamentales concernant le tabac et le tabagisme. Il est également destiné à éclairer le lecteur sur les phénomènes de dépendance en général, en se concentrant par essence sur le tabac. Une bonne connaissance des mécanismes pharmacologiques du tabagisme rend la compréhension de cette dépendance plus facile et favorise une meilleure prise en charge du patient par le médecin lors d'une consultation spécialisée en vue d'un sevrage. Vingt années d'expériences, de recherches et une participation dans l'enseignement ont permis de mettre l'accent sur ce que l'auteur considère être les « essentiels » de cette spécialité. L'avancée des connaissances permet de façonner la pratique courante de la tabacologie, à l'instar de marqueurs biologiques qui deviennent peu à peu des références en matière de dépistage ou de suivi. Les informations sur la dépendance, apportées par la génétique ainsi que le rôle primordial de l'expérimentation animale, mettent en évidence les causes psychologiques et pharmacologiques de la dépendance. Par le choix de son approche, cet ouvrage est accessible à tous, étudiants en médecine ou pharmacie, ou jeunes médecins inscrits en tabacologie gardant en mémoire les cours théoriques, ou encore praticiens déjà installés et expérimentés dans les disciplines de tabacologie, pneumologie ou traitant les maladies cardiovasculaires.

## → ACCÉDEZ AUX PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTÉ AVEC GÉODES

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE



### QU'EST-CE QUE GÉODES ?

Géodes (Géo données épidémiologiques de santé) est un outil qui présente sous forme de cartes et en toute transparence près de 300 indicateurs construits par Santé publique France issus de nombreuses sources : données médico-administratives, enquêtes en santé, systèmes de surveillance, données des registres, etc. C'est l'observatoire cartographique des indicateurs épidémiologiques produits par Santé publique France.

### À QUI S'ADRESSE GÉODES ?

Géodes est ouvert à tous, professionnels de santé, grand public. Aucune authentification n'est requise.

### QUELS SONT LES INDICATEURS PRODUITS PAR SANTÉ PUBLIQUE FRANCE CONSULTABLES AVEC GÉODES ?

Santé publique France construit des indicateurs de santé publique à partir d'un ensemble de bases de données. Ces données sont issues de nombreux systèmes de surveillance spécifique, du système de surveillance syndromique SurSaUD®, d'enquêtes épidémiologiques en population générale et de bases de données issues du Système National des Données de Santé (SNDS). Géodes fournit des indicateurs produits par l'agence pouvant être déclinés à un niveau géographique infranational, le plus souvent régional et départemental. La plupart des indicateurs sont fournis annuellement. L'observatoire est régulièrement actualisé pour proposer de nouveaux indicateurs ou mettre à jour des indicateurs existants (ajout de

la dernière année ou déclinai-son pour une nouvelle unité géographique par exemple).

### QUE PEUT-ON FAIRE AVEC GÉODES ?

Géodes permet de visualiser des indicateurs sous forme de cartes géographiques, de tableaux et de synthèses. Ces éléments peuvent être imprimés et téléchargés (cartes, tableaux, graphiques de la synthèse). Les cartes peuvent être réutilisées sous forme de lien, intégrées à une page web ou partagées sur des réseaux sociaux. Pour les cartes, les indicateurs sont représentés sous forme d'aplats de couleur, de cercles proportionnels ou de secteurs proportionnels. Il est possible de superposer sur une même carte un indicateur en aplat de couleur et un indicateur en cercles ou en secteurs proportionnels. Il est également possible d'observer la progression d'un indicateur au cours du temps, ou de comparer cet indicateur sur deux périodes différentes et/ou selon deux unités géographiques différentes en juxtaposant deux cartes. De plus, plusieurs indicateurs, dès lors qu'ils sont disponibles au même niveau géographique, peuvent être présents dans un même tableau. Géodes permet également à l'utilisateur d'ajouter ses propres indicateurs pour les cartographier et les superposer aux indicateurs de Santé publique France.

### VOICI QUELQUES EXEMPLES DE CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE AVEC GÉODES :

- Trouver un indicateur sur une maladie ou un déterminant de santé dans un département ou une région ;
- Visualiser des données sous forme de carte ;
- Analyser l'évolution des indicateurs dans le temps ;
- Imprimer et partager des cartes, des tableaux et des fiches de synthèse ; importer des données externes afin de pouvoir les mettre en perspective avec celles de Santé publique France.

### QUE NE PEUT-ON PAS FAIRE AVEC GÉODES ?

Dans Géodes, il n'est pas possible de superposer sur la même carte deux indicateurs en aplat de couleur, ou deux indicateurs en cercles ou secteurs proportionnels. Il n'est pas non plus possible de modifier le mode de représentation cartographique des indicateurs de Santé publique France, en changeant par exemple les classes de valeur de la légende.

### QUELLES THÉMATIQUES SONT PRÉSENTES DANS GÉODES ?

Les thématiques sont celles qui entrent dans le champ de Santé publique France. Il s'agit des pathologies surveillées par l'agence et les déterminants de santé recueillis lors d'enquêtes épidémiologiques. Ces thématiques sont regroupées sous deux arborescences : « pathologies » et « déterminants » et classées par ordre alphabétique dans chaque arborescence. Sous la lettre A de la branche « pathologies » on trouve par exemple « Allergie ». Sous la lettre A de la branche « déterminants », on accède par exemple aux indicateurs de la thématique « Alcool ».

### QUELS SONT LES TERRITOIRES COUVERTS ET LES NIVEAUX GÉOGRAPHIQUES ?

La plupart des indicateurs sont disponibles pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer (DOM). Les communautés d'outre-mer (COM) seront intégrées par la suite. Selon les cas, l'information est consultable au niveau de la région et/ou du département. Quelques indicateurs sont rattachés à un zonage spécifique (exemple : registres des malformations congénitales).

### À QUELLE FRÉQUENCE LES INDICATEURS SONT-ILS ACTUALISÉS ?

La plupart des indicateurs sont actualisés une fois par an. Certains indicateurs provenant du système national de surveillance des urgences et des décès SurSaUD® (grippe, bron-

chiolite, etc.) sont mis à jour chaque semaine. L'historique est conservé.

### COMMENT SONT CALCULÉS LES INDICATEURS ?

Les indicateurs sont calculés ou évalués à partir de sources de données et selon des méthodes décrites dans une documentation associée à l'indicateur, accessible dans le pavé « Mes indicateurs » dans le panneau « CHOISIR DES INDICATEURS », en cliquant sur la lettre i à droite du nom de l'indicateur.

### QUELLES SONT LES CONDITIONS D'UTILISATION ?

En cas de réutilisation des éléments par téléchargement, la source « Santé publique France » devra être citée.

### UNE AIDE EST-ELLE DISPONIBLE ?

Des tutoriels sont à disposition sur la page d'accueil et un texte est accessible dans la rubrique « Aide » au bas de la page d'accueil et dans l'onglet « À PROPOS... ».

### EST-IL POSSIBLE DE CONTACTER L'ÉQUIPE GÉODES ?

Un formulaire accessible avec le lien « Contacts » au bas de la page d'accueil et dans la page « Mentions légales » sous l'onglet « À PROPOS » permet de contacter l'équipe Géodes pour toute question technique concernant le fonctionnement de l'observatoire ou les indicateurs disponibles. Ce formulaire n'a pas vocation à répondre aux questions médicales concernant les pathologies et les déterminants de santé. ■



→ **TOUS AUTONOMES !  
INJONCTION DES POLITIQUES  
SOCIALES OU FABRICATION  
COLLECTIVE**

BARBARA RIST, SYLVIE ROUXEL

Broché : 304 pages

Editeur : Septentrion

Collection : Le regard sociologique

L'ambition de cet ouvrage est de repenser le couplage antinomique autonomie/dépendance dans nos sociétés compétitives. D'autres constructions ont été explorées dans l'histoire et restent expérimentées aujourd'hui. Partant des paradoxes de l'autonomie dans les politiques sociales, et à partir d'études de cas, cet ouvrage s'intéresse aux pratiques alternatives issues de la société civile, qui tentent de dépasser les apories de l'autonomie grâce à la construction de liens d'interdépendance. L'autonomie est dès lors conçue non comme l'envers de la dépendance mais comme la liberté de choisir ses interdépendances.



→ **SURMONTER LA FAIBLE  
ESTIME DE SOI**

MELANIE FENNEL

Broché : 252 pages

Editeur : Dunod

De très nombreuses personnes souffrent d'une faible estime de soi, ce qui est à l'origine de grandes difficultés dans leur vie quotidienne. Cet ouvrage original s'appuie sur l'étude de cas pour développer une démarche progressive inspirée des thérapies comportementales et cognitives : autoévaluation, programme en plusieurs étapes, renforcement, consolidation jour après jour... Le lecteur est invité très rapidement à constater l'impact positif d'une revalorisation de l'estime de soi sur tous les plans : social, émotionnel, affectif... Des exemples variés, des questionnaires, des exercices, des synthèses, des figures pour mieux comprendre illustrent cet ouvrage très facile d'utilisation.



→ **MÉCANISMES DE DÉFENSE  
ET COPING**

HENRI CHABROL (AUTEUR),  
STACEY CALLAHAN

Broché : 320 pages – Editeur : Dunod

Cette 3<sup>e</sup> édition enrichie et actualisée détaille les mécanismes de défense et les processus de coping (stratégies d'adaptation mises en place par un individu pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer une situation aversive). Ces processus, fondamentaux dans la compréhension du fonctionnement psychique, constituent l'un des domaines clés de la psychologie de la santé.



→ **LES MINOTS :  
UNE ENQUÊTE À MARSEILLE**

ROMAIN CAPDEPON

Broché : 250 pages

Editeur : JC Lattès

Le 19 novembre 2010, Jean-Michel, 16 ans, est assassiné au pied d'un immeuble du Clos la Rose, une des cités emblématiques de

Marseille. Lenny, 11 ans, est grièvement blessé. Michou, comme on le surnommait, était un « guetteur », l'un de ces centaines de petits soldats au service des narcotrafiquants.

Romain Capdepon a retrouvé la trace de la famille de Jean-Michel, et rencontré aussi Lenny, le rescapé, aujourd'hui majeur. Il s'est entretenu avec plusieurs minots, dealers de rue parfois dès l'âge de 12 ans, avec des acteurs sociaux de ces quartiers, des habitants victimes de l'emprise des Réseaux, des policiers, des agents de la protection judiciaire de la jeunesse... Il dessine la toile de fond de cette scène de guerre jamais vue auparavant en France et montre comment, depuis plusieurs années, l'avenir de ces minots, baignés dans une violence inouïe, est broyé par l'engrenage du trafic de drogue.



→ **ADDICTION SUR ORDONNANCE :  
LA CRISE DES ANTIDOULEURS**

PATRICK RADDEN KEEFE,  
FRÉDÉRIC AUTRAN

Broché : 102 pages

Editeur : C&F Editions

La santé publique est trop importante pour être laissée aux trusts pharmaceutiques. La « crise des opioïdes » frappe les États-Unis avec violence : 70 500 décès par overdose en 2017, des milliers de familles en détresse, les services sociaux et de secours débordés... Cette situation est née dans les cabinets médicaux à la fin des années 1990. Prétendant que son antidouleur OxyContin n'était pas addictif, l'entreprise Purdue Pharma a créé de toutes pièces une crise sanitaire majeure. Mais les profits sont à la hauteur. La famille Sackler, propriétaire de l'entreprise, est devenue la seizième famille la plus riche du pays, et se construit une image de marque en finançant des universités et des musées, comme le Louvre à Paris.



→ **EXPERTISES ET ADDICTIONS :  
LES TRAJECTOIRES DE SORTIE  
"À L'ÉPREUVE DES SAVOIRS  
PROFESSIONNELS ET  
EXPÉRIENTIELS"**

LINE PEDERSEN

Broché : 324 pages

Editeur : Editions L'Harmattan

En suivant les trajectoires de déprise dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et dans les groupes d'entraide (Vie Libre et Narcotiques Anonymes), cette recherche permet d'appréhender la sortie des addictions aux produits psychoactifs. Elle propose une analyse des enjeux autour de la définition de l'addiction elle-même et la manière d'en sortir. Peut-on guérir d'une addiction ou doit-on apprendre à vivre avec ? L'auteur entend ainsi saisir ce qui se joue entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels dans la construction morale et sociale d'une trajectoire de déprise.



## AGENDA

→ 4-5-6 JUIN 2019  
**RENCONTRES DE SANTÉ  
PUBLIQUE FRANCE 2019**  
Centre universitaire  
des Saints-Pères, PARIS  
À NOTER : session « *Innovations  
des politiques publiques dans le  
domaine de l'alcool* », 5 juin 2019,  
modérée par Mickael Naassila  
(SFA) et Viêt Nguyen-Thanh (SPF).  
www.rencontresantepublique-  
france.fr

→ MERCREDI 5, JEUDI 6  
ET VENDREDI 7 JUIN 2019  
**13<sup>e</sup> ÉDITION DU CONGRÈS DE  
L'ALBATROS**  
« *Les addictions : un défi pour la  
société, la science et la politique* »  
Brongniart Event Center, PARIS  
Inscriptions en ligne sur le site  
dédié : www.congresalbatros.org

→ 20 ET 21 JUIN 2019  
**24<sup>es</sup> RENCONTRES DU RESPADD**  
« *Usages cliniques des cannabi-  
noïdes* » – PARIS  
En collaboration avec le Groupe  
de recherche clinique sur les  
cannabinoides  
Inscription gratuite sur :  
www.respadd.org



## LIRE UTILE EN ANGLAIS

→ **THE HONEST DRUG BOOK:  
A CHEMICAL & BOTANICAL  
JOURNEY THROUGH THE LEGAL  
HIGH YEARS**

DOMINIC MILTON TROTT  
422 pages

Editeur : MxZero Publishing

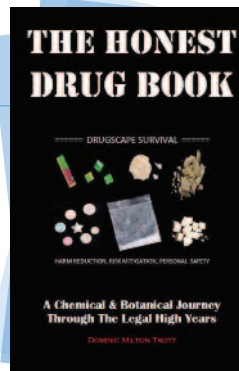
The Honest Drug Book presents the hidden truth about a topic which touches the lives of almost everyone. It cuts through the blustering rhetoric of the war on drugs, and documents the facts about the subject in general, and about the individual drugs specifically. This is a journey through 140 psychoactives, both chemical and botanical, each of which was personally tested and used by the author. For every drug, it lists the fundamental and sometimes life-critical information, including the anticipated onset, the common threshold doses, and the expected period of efficacy. It also describes the subjective experience: what the drug was actually like at each stage of the duration. These 'trip reports' are

vital, as they help to identify pitfalls and specific risks for each substance. Often, this is achieved in a humorous and anecdotal manner, which is occasionally accentuated by the fact that the author had to travel the world to undertake the experiments lawfully.

In addition to these often rich and lengthy reports, the book is crammed with data and general information, inclusive of legal briefings, relative harm tables, addiction and overdose advice, detailed reference material, and even a drug dictionary.

Of critical importance is the first section, as it introduces the basics of harm reduction, in the form of a 10 step procedure to help mitigate risk. The same section explains core safety issues, such as how to test and identify a drug, and how to properly establish a dose.

The book itself is lavishly illustrated with hundreds of photographs, including of the drugs themselves. The images in the botanical sec-



tion also encompass some of the indigenous settings encountered on the journey.

The full gamut of psychoactive chemicals and botanicals is covered. The well known include: LSD, heroin, cannabis, mephedrone, kratom, cocaine, 2C-B, DMT, yopo, methamphetamine, salvia divinorum, ketamine, ayahuasca and MDMA. The lesser known include: betel nut, 4-ho-met, changa, TPA, 4F-MPH, ephedrine, ololiuqui, cebil seeds, mapacho, MNA, celastrus paniculatus, yohimbe, and MEAL. The scope also extends beyond the most common categories of hallucinogens, stimulants, depressants, cannabinoids and opioids. Included, for example, are nootropics

(smart drugs) and oneirogenics (lucid and vivid dream herbs).

Another dimension, which is covered largely in the final section, is that of politics and the war on drugs. This is confronted head-on, with a statement of intent which is crystal clear: "People are dying because of ignorance. They are dying because unremitting propaganda is denying them essential safety information. They are dying because legislators and the media are censoring the science, and are ruthlessly pushing an ideological agenda instead. They are dying because the first casualty of war is truth, and the war on drugs is no different. This book is a step to counter this harrowing and destructive situation."

Emphasised and underpinned throughout is personal safety and risk mitigation. This is the first and last message, and guides the entire narrative.

This is a book that won't only fascinate and inform: it will save lives.

## LIRE UTILE

→ **RÉSONANCE**  
HARTMUT ROSA

Broché : 544 pages

Editeur : La Découverte

Dans ses deux précédents livres, Hartmut Rosa pointait l'accélération sociale comme le problème principal de la modernité tardive. Premier pas vers la vie bonne, son troisième ouvrage s'appuie sur la notion centrale de résonance et se présente comme une sociologie de la relation au monde.

Si l'accélération constitue le problème central de notre temps, la résonance peut être la solution. Telle est la thèse du présent ouvrage, lequel assoit les bases d'une sociologie de la « vie bonne » – en rompant avec l'idée que seules les ressources matérielles, symboliques ou psychiques suffisent à

accéder au bonheur.

La qualité d'une vie humaine dépend du rapport au monde, pour peu qu'il permette une résonance. Celle-ci accroît notre puissance d'agir et, en retour, notre aptitude à nous laisser « prendre », toucher et transformer par le monde. Soit l'exact inverse d'une relation instrumentale, réifiante et « muette », à quoi nous soumet la société moderne. Car si nous les recherchons, nous éprouvons de plus en plus rarement des relations de résonance, en raison de la logique de croissance et d'accélération de la modernité, qui bouleverse en profondeur notre rapport au monde sur le plan individuel et collectif. De l'expérience corporelle la plus basique (respiration, alimentation, sensations...) aux rapports affectifs et aux conceptions cognitives les plus élaborées, la relation au



monde prend des formes très diverses : la relation avec autrui dans les sphères de l'amitié, de l'amour ou de la politique ; la relation avec une idée ou un absolu dans les sphères de la nature, de la religion, de

l'art et de l'histoire ; la relation avec la matière, les artefacts, dans les sphères du travail, de l'éducation ou du sport.

Tout en analysant les tendances à la crise – écologique, démocratique, psychologique – des sociétés contemporaines, cette théorie de la résonance renouvelle de manière magistrale le cadre d'une théorie critique de la société.

## La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel

du Respadd

Avril 2019 - N° 35

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

Secrétariat : Maria Baraud

Ont collaboré à ce numéro :

Nicolas Bonnet, Philippe Castéra,

Nathalie Lajzerowicz,

Sarah Lejczak

© Textes et visuels : Respadd 2019

Bernard Artal Graphisme

Imprimerie Peau

Tirage : 4 000 exemplaires