

la Lettre du respadd



36

OCTOBRE 2019

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

_ SOMMAIRE

→ TABACOLOGIE

• L'OMS présente un nouveau rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme

→ ADDICTOLOGIE

• Le CBD est-il psychoactif ?
• Addicted to Rehab: Race, Gender, and Treatment in the Era of Mass Incarceration

→ LIRE UTILE

→ AGENDA

On ne le dira jamais assez : retarder l'entrée dans les consommations et prévenir les usages à risque à l'adolescence doivent rester des priorités. L'impact des consommations et ivresses aiguës sur les cerveaux des jeunes est désormais clairement établi comme le rappelle notamment les travaux remarquables de l'équipe du Pr Mickaël Naassila sur le *binge drinking*. En découle différentes actions et messages de prévention. Pour l'alcool, le message doit être pas d'alcool avant 15 ans, entre 15 et 18 ans des consommations encadrées par les parents et pas d'ivresse avant 18 ans. Pour le cannabis, il s'agit de ne pas consommer de produits fortement dosés en THC et de limiter au maximum les consommations. Ces messages doivent être compris dans un objectif de réduction des risques et d'accompagnement des consommations visant à en limiter les complications sanitaires et les conséquences sociales, évitant ainsi de n'avoir que l'interdit comme seul message et la prohibition comme seul horizon. Cette prévention des comportements à risque à l'adolescence passe pour les parents par de la bienveillance, de l'écoute et de l'attention. Elle est d'autant plus efficace si dès le plus jeune âge l'attitude parentale agit en faveur du développement des compétences psychosociales : savoir résoudre



les problèmes / savoir prendre les décisions, avoir une pensée créative / avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

Cette stratégie doit s'inscrire dans un environnement favorable porté par une politique publique cohérente et fondée sur les preuves. Or sur l'alcool et les drogues illicites les dernières annonces viennent jeter le trouble. Sur l'alcool tout d'abord, alors que Santé publique France sort sa nouvelle campagne de prévention exemplaire « Amis aussi la nuit » <https://www.amisaussilanuit.fr/>, la presse se fait écho de la commercialisation de capsules molles à croquer

remplies de whisky comme nouvelle stratégie pour inciter à la consommation des plus jeunes et le préfet du Morbihan a réduit le périmètre minimum entre un débit de boissons et un établissement scolaire de 200 m à 100 m... Sur les drogues illicites, le plan présenté par le ministre de l'Intérieur Christophe Castaner le 17 septembre prévoit la mise en place de 55 mesures de lutte contre les trafics de stupéfiants qui s'inscrivent dans une logique de renforcement de la prohibition et des mesures répressives et dont la prévention est le parent pauvre. Bien loin donc des leçons tirées des changements de politique sur les drogues qui se développent depuis près de 20 ans du Portugal à l'Uruguay et des États-Unis au Canada. Une occasion manquée probablement de faire rentrer la France dans un changement de paradigme dans la politique des drogues pourtant essentiel pour réduire les risques et les dommages associés aux consommations.

Anne Borgne,
Présidente du Respadd

→ L'OMS PRÉSENTE UN NOUVEAU RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE TABAGISME

NICOLAS BONNET – RESPADD

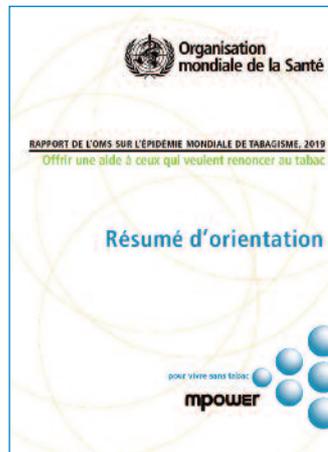
La lutte antitabac progresse mais il faut agir davantage pour aider les gens à cesser de consommer des produits mortels.

De nombreux gouvernements progressent dans la lutte antitabac. Aujourd'hui, cinq milliards de personnes habitent dans un pays qui a instauré des interdictions de fumer, l'apposition de mises en garde illustrées sur les conditionnements des produits du tabac ainsi que d'autres mesures efficaces de lutte antitabac. C'est quatre fois plus qu'il y a dix ans, mais il ressort d'un nouveau rapport de l'OMS que de nombreux pays ne mettent pas encore en œuvre correctement certaines politiques susceptibles de sauver des vies, notamment en matière de sevrage tabagique.

Le septième rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme analyse les efforts déployés au niveau national pour mettre en œuvre les mesures les plus efficaces prévues par la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de réduire la demande de tabac.

On a constaté que ces mesures, telles que les interventions « MPOWER », permettent de sauver des vies et d'éviter des dépenses de santé. Le rapport MPOWER a été présenté en 2007 pour inciter les gouvernements dans le cadre de six stratégies, conformément à la Convention-Cadre, pour :

- suivre la consommation de tabac et les politiques de prévention ;
- protéger contre la fumée du tabac ;
- offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac ;
- mettre en garde contre les dangers du tabagisme ;
- faire respecter l'interdiction de la publicité pour le tabac, de la promotion et du parrainage ;
- augmenter les taxes sur le tabac.



LES SERVICES D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE DOIVENT ÊTRE RENFORCÉS

Le dernier rapport, présenté aujourd'hui au Brésil (deuxième pays après la Turquie, à avoir mis en œuvre au plus haut niveau d'exécution toutes les mesures MPOWER) est axé sur les progrès accomplis par les pays pour offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac.

Selon le dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, les gouvernements devraient proposer des services d'aide au sevrage tabagique dans le cadre des efforts déployés pour garantir une couverture sanitaire universelle à leurs citoyens.

« Renoncer au tabac est l'une des meilleures choses pour la santé. Le module MPOWER donne aux gouvernements les outils pratiques pour aider les gens à y parvenir et ainsi à vivre plus longtemps et en meilleure santé », dit-il.

On constate des progrès. En effet, 2,4 milliards de personnes habitent dans un pays qui offre aujourd'hui des services complets d'aide au sevrage tabagique (deux milliards de plus qu'en 2007). Cependant, 23 pays seulement proposent des services conformes aux meilleures pratiques, et cette mesure MPOWER est donc la

moins bien mise en œuvre, compte tenu du nombre de pays qui proposent une couverture complète.

Les services d'aide au sevrage tabagique incluent les aides téléphoniques nationales gratuites, les services faisant appel aux technologies mobiles (« mCessation ») pour atteindre une population plus large grâce aux téléphones portables, les conseils donnés par les prestataires de soins de santé primaires et les traitements de substitution à la nicotine gratuits.

Selon Michael R. Bloomberg, ambassadeur mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes et fondateur de Bloomberg Philanthropies, le rapport montre que les efforts menés par les gouvernements pour aider les gens à renoncer au tabac sont efficaces s'ils sont correctement mis en œuvre.

« Les pays sont de plus en plus nombreux à faire de la lutte antitabac une priorité et à sauver des vies, mais il reste encore beaucoup à faire », a déclaré M. Bloomberg. « Le nouveau rapport de l'OMS met en lumière les efforts déployés au niveau mondial pour aider les gens à renoncer au tabac et il détaille certaines de nos victoires les plus importantes ».

Le rapport, financé par Bloomberg Philanthropies, montre que si 23 pays seulement ont mis en œuvre des politiques d'aide au sevrage tabagique au plus haut niveau d'exécution, 116 offrent, dans quelques-uns ou dans la plupart des établissements de santé, des services gratuits ou dont le coût est partiellement pris en charge et 32 proposent des services sans en prendre en charge le coût, ce qui montre que l'aide au sevrage est très demandée par le grand public.

La consommation de tabac a également baissé proportionnellement dans la plupart des pays mais, en raison de la croissance démographique, le nombre total de personnes consommant du tabac est resté constamment élevé. On estime qu'il y a actuellement 1,1 milliard de fumeurs, dont 80 % environ habitent dans un pays à revenu faible ou intermédiaire.

D'après le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2019, depuis le rapport précédent, publié en 2017 :

- 36 pays ont instauré une ou plusieurs politiques MPOWER au plus haut niveau d'exécution ;
- plus de la moitié de la population mondiale – soit 3,9 milliards de personnes dans 91 pays – bénéficie de mises en garde sanitaires de grande taille sur les conditionnements du tabac, qui présentent toutes les caractéristiques recommandées. Ainsi, cette politique MPOWER est celle pour laquelle la population couverte est la plus importante et le plus grand nombre de pays sont concernés ;
- 14 pays ont mis en application des lois conformes aux meilleures pratiques sur les mises en garde illustrées de grande taille. Ainsi, cette politique MPOWER est celle pour laquelle le nombre de pays a le plus augmenté au cours des deux dernières années ;
- c'est dans le domaine de la taxation du tabac que la population couverte a le plus augmenté. Pour cette politique MPOWER, la population couverte a presque doublé, passant de 8 % en 2016 à 14 % en 2018. Bien que la taxation soit le moyen

le plus efficace de réduire la consommation de tabac, c'est la mesure MPOWER pour laquelle la couverture de la population est la plus faible ;

- sur les 5 milliards de personnes protégées par une mesure MPOWER au moins, 3,9 milliards habitent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (ce qui représente 61 % des personnes qui vivent dans ces pays) ;
- 59 pays, dont 49 sont à revenu faible ou intermédiaire, n'ont pas encore adopté une seule mesure MPOWER au plus haut niveau d'exécution ;
- Aujourd'hui, 17 des 34 pays à revenu faible dans le monde ont adopté au moins une

politique MPOWER conforme aux meilleures pratiques, alors qu'ils n'étaient que trois en 2007, ce qui montre que le niveau de revenu n'est pas un obstacle à la lutte antitabac suivant les meilleures pratiques.

Depuis l'établissement du dernier rapport, de nouveaux pays ont mis en œuvre certaines des mesures MPOWER selon les meilleures pratiques :

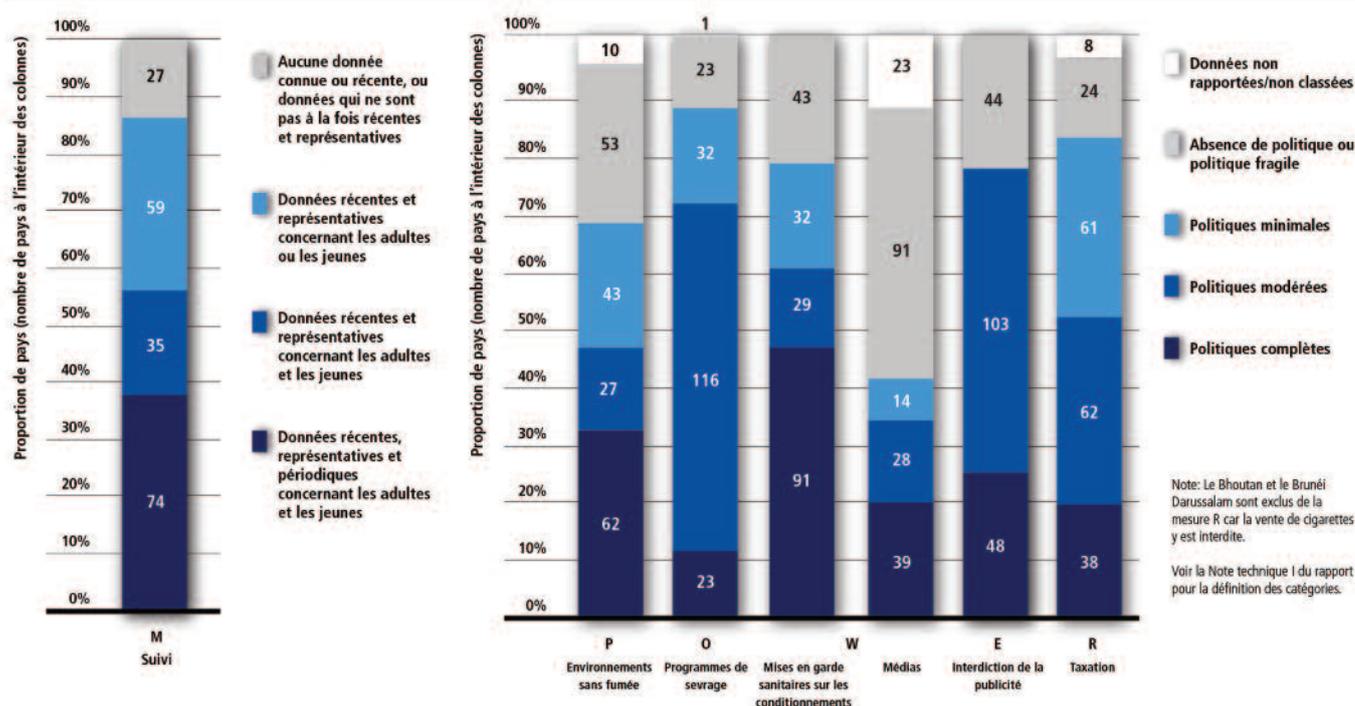
- 7 pays (Antigua-et-Barbuda, le Bénin, le Burundi, la Gambie, le Guyana, Nioué et le Tadjikistan) ont adopté des lois complètes sur les espaces sans fumée, qui couvrent tous les lieux publics et lieux de travail intérieurs ;

- 4 pays (l'Arabie saoudite, la Slovaquie, la Suède et la Tchéquie) ont progressé en matière de services d'aide au sevrage conformément aux meilleures pratiques. Cependant, au cours de la même période, six autres pays ne font plus partie du groupe de niveau le plus élevé, ce qui représente une perte nette de deux pays ;
- 14 pays (l'Arabie saoudite, la Barbade, le Cameroun, Chypre, la Croatie, l'Espagne, la Géorgie, le Guyana, le Honduras, le Luxembourg, le Pakistan, Sainte-Lucie, la Slovénie, et le Timor-Leste) ont adopté des mises en garde sanitaires illustrées de grande taille ;

- 10 pays (Antigua-et-Barbuda, l'Arabie saoudite, l'Azerbaïdjan, le Bénin, le Congo, la Gambie, le Guyana, Nioué, la République démocratique du Congo et la Slovénie) ont instauré une interdiction totale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ;
- 10 pays (l'Andorre, l'Australie, le Brésil, la Colombie, l'Égypte, la Macédoine du Nord, Maurice, le Monténégro, la Nouvelle-Zélande et la Thaïlande) ont augmenté les taxes afin qu'elles représentent au moins 75 % du prix de vente au détail. ■

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326005/WHO-NMH-PND-2019.5-fre.pdf>

LE POINT SUR CERTAINES POLITIQUES DE LUTTE ANTITABAC DANS LE MONDE (2018)



LIRE UTILE

→ **TABADO 2 : un guide pour une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire. Guide d'implémentation** VALLATA AMANDINE, ALLA FRANÇOIS Université de Lorraine, Université de Bordeaux, 2019, 60 p.

Ce guide est issu de la capitalisation de ces différentes expériences de terrain, et d'un travail de thèse conduit par l'Université de Lorraine et l'Université de Bordeaux, avec le soutien financier de la région Lorraine et de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Dans le cadre de ce travail de recherche, il s'agit d'analyser les processus



et mécanismes expliquant les effets de l'intervention TABADO. Ce guide en est un des aboutissements. Il a pour vocation à être

utilisé par toute structure souhaitant mettre en place TABADO2 et à être enrichi au cours de la diffusion de l'intervention.

→ LE CBD EST-IL PSYCHOACTIF ?

FRANÇOIS-OLIVIER GAGNON-HÉBERT – CHERCHEUR POSTDOCTORAL / UNIVERSITÉ DE MONCTON, CANADA

Il semble y avoir une véritable résurgence du cannabis dans les débats publics à l'échelle internationale depuis quelques années. Cette plante cultivée depuis les premiers balbutiements des sociétés humaines néolithiques grégaires (Warf 2014) ne laisse personne indifférent. Bien que les apologistes et les détracteurs de l'usage de la plante ne s'entendent généralement sur aucun point, tous s'entendent sur la réalité suivante : il s'agit d'une question fort complexe et épineuse. Au-delà des débats moraux et sociétaux, il n'en demeure pas moins que le cannabis est largement utilisé à des fins médicales sous toutes formes dans plusieurs pays depuis plusieurs décennies.

Dans les cliniques spécialisées qui encadrent la consommation de cannabis médical, les patients ont typiquement accès à une vaste gamme de produits dérivés qui permettent d'exploiter toute la complexité et la diversité biochimique qu'offre cette plante. Il est donc possible d'extraire, séparer et purifier certains composés biochimiques produits par la plante afin de les administrer indépendamment ou en combinaison, sous différentes formes (par exemple : ingestion, inhalation, atomiseurs oraux-buccaux, suppositoires, crèmes à usage topique). Pour beaucoup de patients totalement néophytes du cannabis, il est généralement préférable, tout dépendant de la pathologie, de débiter un traitement au cannabis par l'administration de cannabidiol (CBD). Pourquoi ? Parce que cette molécule, qui appartient à la classe des phytocannabinoides, est considérée comme « non psychoactive », contrairement au $\Delta 9$ -THC qui est le principal agent sédatif produit par la plante. Pourtant les deux molécules ont exactement la même formule chimique : $C_{21}H_{30}O_2$. C'est bien normal, puisqu'elles sont produites à partir du même précurseur biochimique, en l'occurrence l'acide cannabigérolique, ou CBG-A. C'est à partir de cet unique précurseur moléculaire que des centaines de phytocannabinoides différents sont produits dans la plante (Andre *et al.* 2016). Or en réalité, la plante transforme le CBG-A en seulement trois types de phytocannabinoides : 1) THC-A, 2) CBD-A et 3) CBC-A. Ces trois princi-

paux phytocannabinoides sont ensuite transformés, à travers les activités biologiques normales de la plante, en sous-produits de dégradation via notamment des processus d'oxydo-réduction pour donner les phytocannabinoides dits « mineurs », dont certains possèdent des propriétés sédatives ou psychoactives (Berman *et al.* 2018). C'est donc dire que tous les phytocannabinoides possèdent une origine moléculaire immédiate commune et peuvent être obtenus via dégradation ou transformation des précurseurs de base, tout dépendant des conditions physico-chimiques auxquelles ils sont exposés.

Si les phytocannabinoides sont obtenus par transformation biochimique d'autres phytocannabinoides *in vivo* chez la plante, est-ce que le même phénomène peut également se produire *in vivo* chez l'humain, suite à la consommation de CBD par exemple ? Si cette question est simple, elle mérite néanmoins une réponse fort complexe qui ne fait certes pas encore l'unanimité au sein de la communauté scientifique. Sur ce point, l'expérience clinique auprès des patients qui se soignent avec du cannabis nous enseigne que dans certains cas où seulement du CBD est consommé spécifiquement via la voie orale (par exemple : capsules d'huile de CBD), une faible minorité d'individus vont rapporter des effets psychoactifs notables, comme par exemple des états de confusion, de la somnolence, des étourdissements ou même des chutes de tension artérielle.

Ces effets secondaires sont généralement rapportés lors de l'administration de $\Delta 9$ -THC et non de CBD. Se peut-il alors que le CBD puisse se transformer *in vivo* en $\Delta 9$ -THC ou tout autre phytocannabinoïde mineur possédant un pouvoir psychoactif quelconque ?

« IL EST VRAI QUE LES EFFETS « PSYCHOTROPES » RAPPORTÉS PAR LES PATIENTS AYANT CONSOMMÉ UNIQUEMENT DU CBD SONT DIFFÉRENTS DE CEUX QUI SONT GÉNÉRALEMENT RAPPORTÉS SOUS L'EFFET DU THC. »

Des travaux préliminaires en milieu gastrique simulé *in vitro* ont démontré qu'après un maximum de 90 minutes, du CBD pouvait être converti en $\Delta 9$ -THC, $\Delta 8$ -THC et CBN, trois phytocannabinoides au pouvoir psychoactif (Watanabe *et al.* 2007). Cette même expérience a par la suite été reproduite pour confirmer que le CBD, dans un environnement gastrique acide artificiel à 37 °C, pouvait bel et bien se transformer en $\Delta 9$ -THC et $\Delta 8$ -THC (et plus marginalement en CBN, qui est un produit de dégradation du $\Delta 9$ -THC) (Merrick *et al.* 2016). Une étude menée chez le rat a également démontré que lors de l'administration de 10 mg de CBD purifié/kg de masse corporelle via la voie orale, après deux heures post-administration, les sujets exhibent des concentrations de $\Delta 9$ -THC variant de 15 à 40 ng/ml de sérum sanguin (Hložek *et al.* 2017). À titre comparatif, en Amérique on juge que la limite acceptable de $\Delta 9$ -THC qui doit être retrouvée dans le sang d'un individu pour être apte à conduire un véhicule est de 5ng/ml

de sang. Une étude clinique randomisée en double aveugle chez des sujets humains en santé, visant à mieux comprendre la pharmacocinétique du CBD, a démontré que chez tous les sujets, toutes doses confondues, autour de la valeur maximale de concentration sanguine de CBD atteinte lors de l'expérience, des concentrations mesurables de THC étaient également présentes dans les échantillons de sang prélevés (\rightarrow 0,125 ng/mL) (Taylor *et al.* 2018). Des travaux connexes sur l'inhalation de CBD semblent également démontrer des résultats concordants. Des humains adultes ayant fumé 1 g de cannabis contenant 5,8 % de CBD et 0,16 % de THC auront au moins 5 ng de THC/ml de sang en moyenne (Meier *et al.* 2018 ; Pacifici *et al.* 2018). Plusieurs données de sources indépendantes semblent donc suggérer qu'il serait en effet possible qu'une conversion *in vivo* puisse transformer le CBD en métabolite actif pouvant générer une certaine réponse psychoactive chez des sujets humains.

Par contre, la communauté scientifique n'atteint pas le consensus sur cette question. Il est vrai que les effets « psychotropes » rapportés par les patients ayant consommé uniquement du CBD sont différents de ceux qui sont généralement rapportés sous l'effet du THC (état de bien-être, fou rire, euphorie, sédation, ataxie, léthargie, hypotonie, xérostomie). Plusieurs auteurs soulignent d'ailleurs qu'il existe désormais de nombreuses études cliniques sur l'efficacité et la

tolérabilité du CBD administré par voie orale et que dans aucune de ces études les sujets n'ont semblé rapporter des effets psychotropes typiquement associés au THC (Grotenhermen *et al.* 2017 ; Nahler *et al.* 2018). D'ailleurs, dans la plupart de ces études cliniques portant uniquement sur le CBD en administration orale, les métabolites secondaires de dégradation du Δ9-THC sont généralement mesurés de manière systématique et demeurent toujours sous la limite détectable par les appareils, ce qui viendrait infirmer l'hypothèse de conversion du CBD en THC en condition *in vivo* (Nahler *et al.* 2018).

Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins que dans certains cas à faible fréquence, des effets dits « psychotropes » se font sentir suite à la consommation de CBD par voie orale. L'environnement gastrique *in vivo* est chimiquement et biologiquement très complexe et variable d'un individu à l'autre et dépend notamment du bagage génétique de l'individu, de ses capacités digestives, de son histoire personnelle, de son état de santé, de ses habitudes alimentaires, de son microbiote intestinal et de bien d'autres facteurs. Par conséquent, il est difficile pour l'instant de trancher sur la question. Par contre, il faut rester conscient du fait que certaines personnes peuvent ressentir des « effets indésirables » au niveau de leur système nerveux central même en ne consommant que du CBD, bien que cette situation ne se produise que dans quelques cas très rares. Est-ce le résultat d'une ou plusieurs mutations génétiques associées aux enzymes hépatiques qui dégradent les cannabinoïdes par exemple ? Ou alors un environnement gastrique particulier chez ces individus qui contribue à dégrader le CBD en un autre métabolite « psychoactif » que le THC ? Seul le temps, la recherche et les développements dans le domaine de la chimie analytique sauront trancher définitivement sur la question. ■

Références

Andre, C. M., Hausman, J. F., & Guerriero, G. (2016). Cannabis sativa: The Plant of the Thousand and One Molecules. *Frontiers in plant science*, 7, 19. doi:10.3389/fpls.2016.00019

Berman, P., Futoran, K., Lewitus, G. M., Mukha, D., Benami, M., Shlomi, T., & Meiri, D. (2018). A new ES-LC/MS approach for comprehensive metabolic profiling of phytocannabinoids in Cannabis. *Scientific Reports*, 8(1), 1–15. http://doi.org/10.1038/s41598-018-32651-4

Hložek, T., Uttl, L., Kade ábek, L., Balíková, M., Lhotková, E., Horsley, R. R., et al. (2017). Pharmacokinetic and behavioural profile of THC, CBD, and THC+CBD combination after pulmonary, oral, and subcutaneous administration in rats and confirmation of conversion *in vivo* of CBD to THC. *European Neuropsychopharmacology*, 27(12), 1–16. http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.10.037

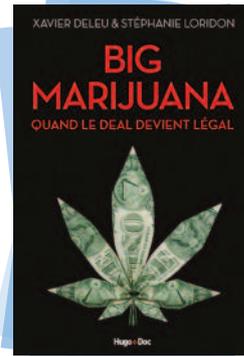
Grotenhermen, F., Russo, E., & Zuardi, A. W. (2017). Even High Doses of Oral Cannabidiol Do Not Cause THC-Like Effects in Humans: Comment on Merrick *et al.* Cannabis and Cannabinoid Research 2016;1(1): 102–112; DOI: 10.1089/can.2015.0004. Cannabis and Cannabinoid Research, 2(1), 1–4. http://doi.org/10.1089/can.2016.0036

Meier, U., Dussy, F., Scheurer, E., Mercer-Chalmers-Bender, K., & Hangartner, S. (2018). Cannabinoid Concentrations in Blood and Urine after Smoking Cannabidiol Joints. *Forensic Science International*, 291, 1–15. http://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.08.009

Nahler, G., Grotenhermen, F., Zuardi, A. W., & Crippa, J. A. S. (2017). A Conversion of Oral Cannabidiol to Delta9-Tetrahydrocannabinol Seems Not to Occur in Humans. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 2(1), 81–86. http://doi.org/10.1089/can.2017.0009

Pacifici, R., Pichini, S., Pellegrini, M., Rotolo, M. C., Giorgetti, R., Tagliabracchi, A., et al. (2019). THC and CBD concentrations in blood, oral fluid and urine following a single and repeated administration of "light cannabis". *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine : CCLM / FESCC*. http://doi.org/10.1515/cclm-2019-0119

Warf, B. (2014). High Points: An Historical Geography of Cannabis. *Geographical Review*, 104(4), 414–438. http://doi.org/10.1111/j.1931-0846.2014.12038.x



→ **BIG MARIJUANA QUAND LE DEAL DEVIENT LÉGAL**
XAVIER DELEU, STÉPHANIE LORIDON
Broché: 261 pages
Editeur : Hugo Document

Issue d'une enquête de terrain, réalisée dans plus de 10 pays à travers le monde ce document qui porte sur l'économie de la drogue, analyse la régulation du commerce entreprise par certains États, et ses conséquences.

De plus en plus d'États légalisent le cannabis. Au marché noir tenu par des organisations criminelles toujours plus puissantes et déstabilisatrices, ils tentent de substituer une offre légale, sûre et plus vertueuse pour la collectivité. Ils rompent ainsi avec cinquante ans de politique répressive, coûteuse et inefficace, dictée par les traités internationaux.

Mais ce type de régulation tient-il ses promesses ? Et comment réagissent les cartels et les dealers qui détenaient jusque-là le monopole du trafic des stupéfiants ?

Au terme d'une investigation ambitieuse menée dans une dizaine d'États (Uruguay, Mexique, Californie, Michigan, Colorado, Canada, France, Pays-Bas, Suisse...), Xavier Deleu et Stéphanie Loridon dressent un panorama critique des différents modèles de légalisation à travers le monde. Ils montrent comment la marijuana est devenue une des industries à la plus forte croissance, dominée par quelques multinationales cotées en bourse. Ce nouveau marché légal est évalué à plusieurs dizaines de milliards de dollars par an.

Le cannabis est entré de plain-pied dans l'économie de marché et rattrape, en quelques années, un siècle de retard.

Bienvenue dans le monde du Big Marijuana !

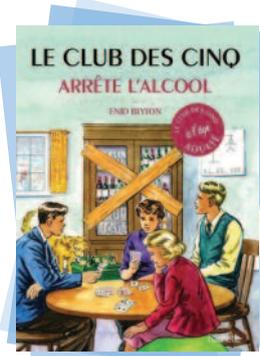
Cette enquête prolonge et approfondit le film documentaire inédit, *Cannabis : Quand le deal est légal*, réalisé par les auteurs et diffusé sur Arte.



→ **POLITIQUE EN MATIÈRE DE CANNABIS : LES QUESTIONS QUE PERSONNE NE POSE**
MICHAEL HERZIG, FRANK ZOBEL, SANDRO CATTACIN
Broché: 132 pages
Editeur : Editions Seismo

En Suisse, la réglementation en matière de production, de vente et de consommation de chanvre a-t-elle atteint ses objectifs ? Quels en sont les effets indésirés, voire contre-productifs ?

Ce livre pose les questions que personne n'aborde (volontiers) sur la politique suisse en matière de cannabis : le succès effectif du modèle, la variabilité des stratégies et des procédures policières d'un canton à l'autre, les différences d'interprétation de la loi sur la circulation routière entre consommation de cannabis et consommation d'alcool, ou encore les difficultés d'accès au cannabis en vue d'une utilisation médicale.



→ **LE CLUB DES CINQ ARRÊTE L'ALCOOL**
BRUNO VINCENT
Relié: 128 pages
Editeur : Hachette Pratique

Le Club des Cinq est résolu à tenir sa promesse pour la nouvelle année – un mois entier sans alcool. Mais comment vont-ils y arriver, avec un enterrement de vie de garçon imminent et le mariage à venir ?

→ ADDICTED TO REHAB:

RACE, GENDER, AND TREATMENT IN THE ERA OF MASS INCARCERATION

ALLISON MCKIM – PROFESSEURE ASSOCIÉE DE SOCIOLOGIE / BARD COLLEGE

Communication réalisée dans le cadre des 24^{es} Rencontres du RESPADD, Usages cliniques des cannabinoïdes, 20 juin 2019, Paris.

Pour commencer, je vais vous parler de deux femmes qui se sont retrouvées dans un centre de traitement des addictions, mais en ayant emprunté deux parcours différents.

Sarah s'est retrouvée en « rehab » à cause de son travail. Femme blanche, âgée d'une trentaine d'années, Sarah était infirmière ; mais elle a aussi établi des ordonnances illégales pour du Percocet® (association oxycodone et paracétamol) et a financé sa dépendance en volant des milliers de dollars à son père. Finalement, un pharmacien soupçonneux a appelé le médecin dont elle falsifiait les ordonnances. Celui-ci ignorait tout de ce qu'elle faisait, mais il l'a couverte pour protéger son autorisation d'exercer la profession d'infirmière. Il a aussi appelé son mari. Ensemble, ils ont organisé une intervention thérapeutique. Le médecin a promis de ne pas signaler Sarah à condition qu'elle se fasse aider. Sarah a eu de la chance que son assurance couvre quatre semaines de traitement résidentiel à Gladstone Lodge. Sarah se sentait horriblement mal par rapport à ce qu'elle avait fait, mais elle a trouvé du réconfort à Lodge, où elle a fait la connaissance de quatre autres infirmières. Trouver de la solidarité auprès de personnes dans la même situation qu'elle lui a donné « le sentiment d'être humaine » et l'a rassurée quant au fait qu'elle n'était « pas si mauvaise ».

Christine était une femme noire, âgée d'une vingtaine d'années, qui s'est retrouvée en « rehab » suite à une décision d'un tribunal spécialisé en matière de drogues. Il lui a été ordonné de suivre un traitement au Women's Treatment Services

(WTS) pendant 1 an, sinon elle serait incarcérée. Je l'ai rencontrée en cours d'éducation parentale où elle a expliqué qu'elle avait subi un avortement récemment parce qu'elle devait « se concentrer sur elle-même », et aussi parce que WTS ne la prendrait plus en charge si elle gardait l'enfant. Peu de temps après, elle m'a annoncé avec joie qu'elle avait trouvé un emploi. Mais une semaine plus tard, WTS a exigé qu'elle quitte son emploi. Son conseiller lui a dit qu'elle ne « recevait aucun traitement » car les longues heures de travail l'en empêchaient. WTS voulait aussi que Christine « se concentre sur elle-même », mais avait une conception différente de ce que cela signifie. WTS a exigé qu'elle passe du temps en thérapie à parler de son passé douloureux et de sa pathologie familiale.

« ... JE VOULAIS EXAMINER
LES IMPLICATIONS DU TRAITEMENT
DES ADDICTIONS EN TANT QUE PUNITION
ET EN TANT QUE SOINS DE SANTÉ. »

Sarah et Christine ont toutes deux consommé des drogues et enfreint la loi, **pourtant** les parcours qui les ont menés jusqu'en « rehab » sont différents, elles se sont retrouvées dans différents types de programmes et ont donc eu des expériences de traitement différentes.

Je les ai rencontrées dans le cadre d'une étude ethnographique réalisée à WTS et Gladstone Lodge entre 2004 et 2009, au plus fort de l'incarcération de masse. Les deux programmes sont similaires par certains aspects.

Ce sont des programmes résidentiels de traitement des addictions uniquement destinés aux femmes et situés dans

le même État du nord-est américain.

À l'instar de la plupart des programmes de traitement aux États-Unis, ils sont uniquement basés sur l'abstinence et ne recourent pas à des services de réduction des risques.

En outre, le personnel est principalement composé de conseillers en toxicomanie agréés par l'État, et non de médecins ou psychologues.

Tous deux prétendent être spécialement conçus pour les femmes.

Mais ils diffèrent de manière fondamentale : WTS fait partie du système de justice pénale, tandis que Lodge n'a aucun lien avec l'État ou le système de justice pénale. En fait, il est financé par l'assurance santé privée.

J'ai décidé d'axer mon étude sur ces programmes car je voulais examiner les implications du traitement des addictions en tant que punition et en tant que soins de santé. En quoi ces deux systèmes différents, avec leurs objectifs, structures et idéologies distincts, ont-ils affecté la culture et la pratique du traitement ? Ces systèmes ont-ils façonné la manière dont les programmes interprétaient les besoins des femmes ? Quel est le rôle des inégalités raciales et de classe ?

Cette comparaison est également importante car le traitement des addictions est la principale solution proposée face aux taux d'incarcération extrêmement élevés et à l'augmentation des overdoses d'opioïdes aux États-Unis. Nous entendons souvent dire que l'incarcération de masse a mis fin à la politique de « rehab », mais l'État semble s'appuyer de plus en plus sur le traitement des addictions. En fait, une grande partie du traite-

ment de la toxicomanie s'inscrit dans le cadre du système de justice pénale qui joue un rôle central.

Durant la période couverte par mon étude, c'est le système de justice pénale qui envoyait le plus de personnes en centre de traitement. Plus récemment, les demandes volontaires de traitement sont souvent les plus nombreuses, mais le système de justice pénale suit de près.

La majorité des établissements de traitement bénéficient d'un financement public. Et les fonds publics financent la grande majorité des dépenses de traitement de la toxicomanie, la part de l'assurance privée n'atteignant que 16 %. Le pourcentage de fonds publics consacrés au traitement de la toxicomanie est plus important que pour les soins de santé mentale (60 %) ou les autres soins de santé (49 %).

Permettez-moi de vous présenter ces deux établissements dans le détail afin d'illustrer mes propos.

Women's Treatment Services (WTS) est une association privée à but non lucratif financée par les systèmes de justice pénale et de protection sociale, ayant pour mission de servir d'alternative à l'incarcération. La plupart des clientes sont envoyées à WTS par les tribunaux d'application des peines ou les tribunaux spécialisés en matière de drogue, mais l'agence nationale de protection de l'enfance y envoie également des femmes sous contrainte. Compte tenu du lien entre WTS et le système pénal, les clientes de WTS sont en grande partie des femmes noires et latinos à faibles revenus. Comme Christine, elles atterrissent à WTS car elles se

retrouvent sous le coup de politiques publiques qui ciblent de manière disproportionnée les personnes défavorisées et non blanches. Ils recourent également au traitement sous contrainte pour réguler la criminalité et la consommation de drogues.

Le financement en provenance du système de justice pénale permet à WTS de proposer de longues durées de traitement (3 à 12 mois) et de nombreux services auxiliaires tels que l'aide professionnelle et l'aide au logement.

Cela s'inscrit aussi dans une tendance qui consiste à proposer un traitement spécifiquement adapté aux femmes, avec des groupes dédiés aux traumatismes, à la violence domestique et à l'éducation parentale. Cela fait de WTS le meilleur scénario en matière de traitement pénal, comme le suggèrent les réformateurs des services.

Gladstone Lodge est une entreprise privée à but lucratif qui applique le programme de « rehab » classique en 12 étapes. Les revenus de cet établissement proviennent **uniquement** des assurances santé privées ou des paiements directs des clientes. Il n'accepte aucun financement public ni aucune assurance santé publique et n'a aucun contrat avec le système de justice pénale. Ce n'est pourtant pas un centre de traitement fantaisiste, ni le genre d'endroit fréquenté par des célébrités. En fait, l'acquisition de clientes se fait par le biais de contrats avec des syndicats (y compris des syndicats de police) et des employeurs, et par le bouche-à-oreille. Ainsi, la plupart des clientes sont des femmes blanches et actives ou de la classe moyenne.

Cela signifie aussi que beaucoup de femmes vont là-bas pour éviter de perdre leur emploi, comme Sarah. Les organismes de protection de l'enfance lui envoient également des clientes, comme c'est le cas aussi pour WTS. Mais contrairement aux femmes de WTS, les clientes de Lodge ont une assurance privée ou les moyens de payer.

L'assurance santé privée couvre une durée beaucoup moins longue : au maximum 4 semaines de traitement avec hébergement.

Elle ne finance pas non plus de services auxiliaires.

Les clientes de WTS pouvaient bénéficier d'un plus grand nombre de services que dans n'importe quel autre programme de protection sociale. Il est étonnant que le système pénal américain soit bien plus « généreux » que son système de santé !

Je ne prétends pas que ces programmes soient représentatifs d'un traitement pénal et privé. En fait, je les ai choisis pour comparer une différence théoriquement importante : leurs relations avec les systèmes de justice pénale et de protection sociale.

En effet, j'ai constaté que le centre de traitement dans lequel une personne atterrit n'a que peu à voir avec la nature de sa toxicomanie. Mon étude suggère que les clientes envoyées par le système de justice pénale ont, en moyenne, des problèmes de toxicomanie

« J'AI DÉCOUVERT QUE L'ENDROIT OÙ UNE PERSONNE VA EN TRAITEMENT REFLETE SON STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE ET LA MANIÈRE DONT LES INSTITUTIONS PUBLIQUES UTILISENT LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS POUR RÉSOUDRE UN LARGE ÉVENTAIL DE PROBLÈMES SOCIAUX. »

moins graves : à WTS, j'ai vu divers profils. Beaucoup avaient des années de consommation intensive de drogues derrière elles. D'autres étaient des consommatrices occasionnelles. Certaines étaient juste des dealers. Un nombre significatif de femmes ont été envoyées à WTS parce qu'elles avaient perdu leur logement et avaient donc violé les conditions de leur libération conditionnelle, ou parce qu'elles « avaient besoin d'une structure » ou parce qu'elles souffraient de traumatismes consécutifs à des violences sexuelles. Cette diversité de profils n'existait pas à Lodge.

J'ai découvert que l'endroit où une personne va en traitement reflète son statut socio-économique et la manière dont les institutions publiques utilisent le traitement des addictions pour résoudre un large

éventail de problèmes sociaux. Et cela façonne le traitement. Dans ces deux établissements, j'ai trouvé des définitions très différentes de l'addiction et des modes de traitement.

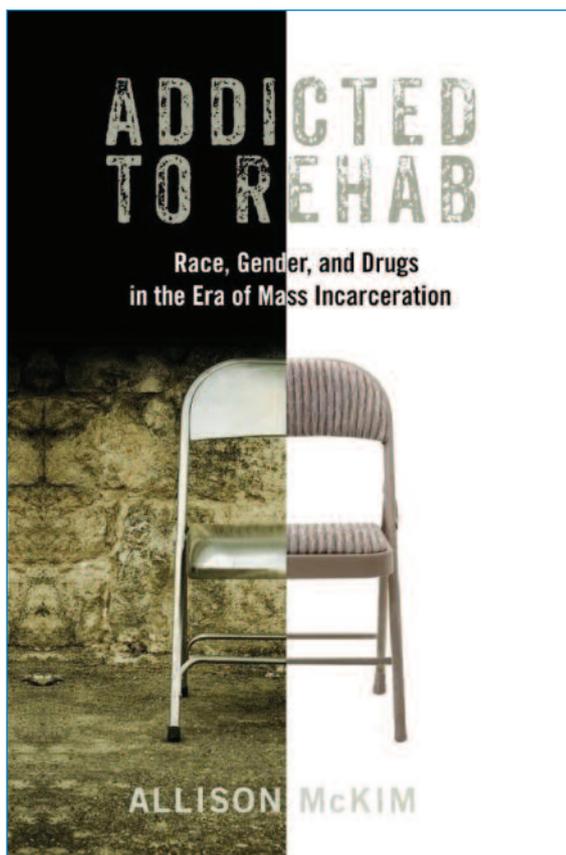
Je commencerai par WTS, le programme de « rehab » pénal.

Lorsque j'ai discuté avec Yvonne, directrice du service juridique, de leur approche, elle m'a expliqué que les clientes étaient tellement cassées qu'elles « ne savaient même pas qui elles étaient ». Elles avaient donc besoin d'un programme d'adaptation, **pas** de réadaptation.

Quand elle a dit cela, c'était la première fois que j'entendais ce terme. Il provient d'une méthode de traitement des addictions agressive et basée sur la confrontation, appelée communauté thérapeutique (CT). C'est la modalité de traitement dominante dans le système pénal car elle est perçue comme dure. En fait, le *New York State Department of Corrections* dit qu'il « est responsable du confinement et du traitement des... délinquants ». Il n'est pas fait mention de « rehab ».

« Adaptation » signifie une resocialisation complète. Comme l'a dit Yvonne, les femmes sont tellement dysfonctionnelles qu'il n'y a rien chez elle à réadapter. Pour WTS, l'addiction englobe la personne dans son intégralité et définit tout ce qu'elle est. Le directeur exécutif a décrit les clientes de WTS comme « dépendantes aux punitions ». Cela signifie que les expériences de consommation de drogue, de criminalité, de prostitution, de décrochage scolaire, de pauvreté et de petits amis violents n'étaient que des symptômes du problème réel : la personnalité profondément dépendante de ces femmes. C'est la raison pour laquelle WTS a demandé à Christine d'arrêter de travailler – c'était elle le vrai problème et cela signifiait qu'elle devait être exclue de la vie normale.

Cette approche s'appliquait également à la maternité. Prenez Belinda. Lors d'une réunion du personnel, la conseillère principale de Belinda, Rachel,



a signalé que Belinda « ne se donnait pas à 100 % » lors de leurs récentes séances parce qu'elle s'inquiétait pour son fils, qui avait des problèmes de comportement à l'école. C'était déjà assez grave que CPS se rende à la maison, mais la grand-mère du garçon ne parlait pas anglais et ne pouvait donc pas plaider en sa faveur pour qu'il obtienne une aide supplémentaire de l'école. Belinda se sentait vraiment mal et voulait « intervenir ». Elle a demandé l'autorisation de se rendre à l'école afin d'essayer d'obtenir un accompagnement pour son fils.

Cette situation contrariait Rachel qui a dit que Belinda devait « se concentrer sur elle-même avant de défendre son enfant ». Une autre conseillère a suggéré que le personnel devrait déterminer si l'inquiétude de Belinda était dûe à ce qu'elle a appelé « sa culpabilité » ou à un « vrai problème lié à la situation de son fils ».

Alors que Rachel décrivait Belinda, la conversation a dévié sur sa façon de s'habiller. Différents membres du personnel ont commenté qu'ils voyaient Belinda avec un grand pull beige, informe. Ils sont parvenus à la conclusion que cela devait être un signe de problèmes émotionnels – probablement liés à des problèmes de poids. Un conseiller a rapporté qu'il l'avait vue manger à des moments inhabituels, et a dit qu'elle pourrait être une mangeuse compulsive. Au final, ils ont décidé que sa conseillère contacterait l'école pour voir si le problème était « réel ». Belinda n'a pas été autorisée à appeler l'école ni à s'y rendre. De plus, Rachel a décidé de conseiller Belinda sur son apparence physique.

Dans cet exemple, le personnel est parti du principe que la relation à soi de Belinda était la principale cause de ses problèmes. Ainsi, son besoin de ressources et la marginalisation linguistique de la famille n'ont pas été pris en compte – ses préoccupations concernant son fils et l'école n'étaient que des signes de son estime de soi pathologiquement faible.

Cette manière de définir l'addiction combinée au pouvoir coercitif du système de justice pénale se traduisait par un traitement très intensif à WTS. Cela signifiait discuter régulièrement de sa douleur la plus profonde, des antécédents de maltraitance et de la pathologie familiale. Les femmes qui refusaient étaient signalées aux autorités judiciaires pénales et pouvaient se retrouver en prison. WTS exigeait également que les femmes se détachent de tout ce qui faisait ce qu'elles étaient et de leurs relations sociales. L'objectif était de libérer les femmes de la dépendance – non seulement à l'égard des drogues, mais aussi de toute source externe de sens et de plaisir – pas seulement des drogues, mais aussi des enfants, de la famille, des partenaires amoureux et du travail.

Alors que les conseillers espéraient améliorer l'estime de soi des clientes, leur définition de l'addiction reproduisait les stigmates racistes et sexistes associés aux femmes toxicomanes – à savoir qu'elles sont de mauvaises mères, aux mœurs légères, excessivement dépendantes et issues de familles pathologiques. Et qu'elles sont responsables de leur propre marginalisation et tellement dysfonctionnelles qu'elles ne méritent pas de participer à la société. Ces mêmes stigmates ont contribué à alimenter l'incarcération de masse.

Les choses étaient différentes à Gladstone Lodge.

Là-bas, l'addiction était synonyme de toxicomanie. « Pour nous, c'est une question de dépendance chimique » a déclaré la directrice clinique, Annette. C'est cette version de la dépendance qui servait de cadre aux méthodes de Lodge. S'alignant sur la doctrine du programme en 12 étapes, le personnel de Lodge considérait l'addiction comme une pathologie permanente. Et même si cette addiction s'accompagnait de défaillances morales, leurs efforts étaient concentrés sur un double objectif : amener les clientes à reconnaître que la toxicomanie constituait leur

problème le plus important et leur apprendre à utiliser les 12 étapes pour vivre sobres. Le sevrage – et non la transformation de soi – était la priorité numéro un.

« MAIS À LODGE, L'ÉTIQUETTE « TOXICOMANE » NE RENVOYAIT PAS À UNE IDENTITÉ DÉGRADÉE. ELLE N'ÉVOQUAIT PAS DES STIGMATES RACIAUX, SEXUELS OU CRIMINELS COMME À WTS. »

Le personnel de Gladstone Lodge était conscient que les femmes avaient d'autres problèmes, tels que des traumatismes, des conflits familiaux et des problèmes financiers. Mais ce n'était pas leur travail. La conseillère Mary estimait que le programme ne devait pas fouiller dans des choses extrêmement douloureuses comme les traumatismes. Les plafonds d'assurance ne le permettaient pas, a-t-elle dit, il faut du « temps pour reconstruire les gens ». Annette était d'accord : « Nous ne faisons pas de psychothérapie intensive... Nous n'avons pas le temps de le faire, et nous n'avons pas la formation pour le faire ». « Je dirais qu'elles apprendront à vivre un jour à la fois sans la substance chimique... Certaines tiendront ainsi tout le reste de leur vie et iront bien. »

Marisol, représentante syndicale latino, la cinquantaine, a raconté l'histoire de sa vie aux groupes, elle a passé beaucoup de temps à décrire ses parents horriblement maltraitants et comment sa mère l'a forcée à avorter illégalement. C'était choquant et déchirant – juste le type d'angoisse qui vous prend aux tripes, le type de témoignage que WTS recherchait vraiment. **Mais** au bout d'un moment, le conseiller s'est penché pour dire à Marisol ; « parlez-nous de votre alcoolisme » !

Cela ne serait jamais arrivé à WTS. Mais à Lodge, c'était la toxicomanie le problème, et les séances se déroulaient selon la méthode des 12 étapes, les clientes y parlaient de leur toxicomanie et de ses conséquences négatives. Au lieu de travailler sur la transformation de soi,

Lodge disait aux femmes « vivez un jour à la fois » et « laissez ça derrière vous ». Lodge demandait aux femmes de garder une « God Box ». Ce sont de petites boîtes en bois que les femmes peignaient et décoraient. Elles devaient noter leurs soucis et leurs problèmes sur de petits bouts de papier et les mettre dans la boîte « pour que Dieu s'en occupe » afin qu'elles puissent se concentrer sur la sobriété.

Alexa était une jeune héroïne blanche qui était la seule femme de Lodge à avoir été placée sur décision de justice. Elle avait déjà été en « rehab » à 8 reprises, y compris en milieu carcéral – et elle en a fait une description horrible. Pendant son séjour à Lodge, elle devait sortir de l'établissement pour une procédure médicale et les conseillers craignaient qu'elle ne se drogue à l'extérieur. Elle l'avait fait dans d'autres programmes de « rebabs ». De plus, c'est sa mère qui la conduisait, et ils considéraient la mère comme codépendante et difficile. Ils ne lui faisaient pas confiance. Mais au final, leurs stratégies étaient concentrées sur le fait de s'assurer qu'Alexa ne se drogue pas. Elle devait dire à son médecin qu'elle était toxicomane afin qu'il ne lui prescrive pas des médicaments contre la douleur, et ils ont demandé à sa mère de la ramener directement à Lodge. Malgré sa situation pénale réelle et sa famille problématique, ils ne l'ont pas poussée à faire un vrai travail sur soi ou à se dissocier de sa mère. Ils voulaient empêcher Alexa de se droguer. Quand Alexa a été transférée d'un programme pénal de « rehab » à Lodge, elle a été considérée différemment.

Le personnel de Lodge utilisait constamment les étiquettes « toxicomane » et « alcoolique », et je sais que beaucoup considèrent qu'il s'agit là d'une étiquette stigmatisante. Mais à Lodge, l'étiquette « toxicomane » ne renvoyait **pas** à une identité dégradée. Elle n'évoquait pas des stigmates raciaux, sexuels ou criminels comme à WTS.

Lodge a travaillé dur pour déstigmatiser l'addiction, malgré le langage moralisateur des 12 étapes. Un moyen était de présenter la dépendance comme une entité étrangère qui ne vous définit pas. Dans un groupe, les clientes lisaient une « lettre » sur leur addiction, rédigée comme s'il s'agissait d'un amoureux cruel et dominateur. Elles trouvaient cela très puissant : Grace décrivait ainsi l'addiction comme un « gars méchant... vous savez qu'il va finir par vous battre ». Dans un autre exemple, une vidéo que les clientes regardaient décrivait l'addiction comme un tigre endormi à l'intérieur d'elles-mêmes et qui se réveillait lorsqu'elles s'adonnaient à leur addiction. C'était illustré par des images dessinées à la main, d'un tigre enroulé dans le ventre d'une personne. Dans la salle où se tenaient la plupart des groupes, il y avait une photo encadrée d'un tigre pour rappeler aux femmes la comparaison avec l'addiction.

De plus, le personnel a également adopté cette étiquette ! Presque chaque membre du personnel de Lodge se présentait comme un toxicomane ou un alcoolique, et ils étaient tous très ouverts à ce sujet. Ils décrivaient les toxicomanes comme une identité spéciale, expliquant que les expériences de souffrance les rendaient sages et que la guérison les éclairait quant au choix de vie.

Les conseillers voulaient vraiment offrir aux autres la communion et le salut dont ils avaient eux-mêmes fait l'expérience lors de leur processus de guérison. Mais l'établissement devait également gérer les aspects raciaux et de classe des politiques en matière de drogue et qui se reflétaient dans l'incarcération de masse et la guerre contre la drogue.

Et donc, pour ne pas associer leurs clientes à ces stéréotypes négatifs, il fallait faire des distinctions entre toxicomanes. Les fondateurs de Lodge, Bill et Faye, un couple d'un certain âge, étaient très opposés au financement public. Et ce parce qu'ils recherchaient les « meilleures clientes », ce que Bill appelait « la crème de la crème ». C'est une distinction à forte connotation raciale et de classe. Éviter le financement public permettait de tenir à l'écart les « mauvaises » clientes.

Le directeur exécutif a déclaré que d'autres programmes de traitement enviaient Lodge parce qu'il monopolisait les « meilleurs comptes », les syndicats – qui avaient des assurances et des « emplois qui les attendaient ». De nombreux membres du personnel de Lodge ont décrit leurs clientes comme des « travailleurs » décents.

À l'inverse, les personnes placées en traitement sur décision judiciaire ou bénéficiant d'un financement public n'étaient pas aussi honorables. Par exemple, Bill a évoqué des

troubles racistes lorsqu'il s'est plaint de l'attitude de « marginal » et des « chaînes en or » des clients bénéficiant du programme d'assurance maladie pour les pauvres. En utilisant des stéréotypes négatifs sur les Noirs, il suggère que ces clients n'étaient « pas très motivés », agissaient comme s'ils avaient un « droit » et « profitaient juste du système ». À ma grande surprise, le directeur exécutif a expliqué que ce genre de personnes devaient faire l'objet d'une « réadaptation », approche qu'il jugeait inutile pour les clientes de Lodge.

« ... LES ORGANISMES PUBLICS UTILISENT LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS POUR GÉRER BIEN AUTRE CHOSE QUE LA TOXICOMANIE. ILS L'UTILISENT POUR GÉRER LA CRIMINALITÉ, LA PAUVRETÉ, LA VIOLENCE SEXUELLE, LE SANS-ABRISME, LES PROBLÈMES FAMILIAUX, ETC. »

D'une certaine manière, le personnel de Lodge était d'accord avec celui de WTS. Les femmes à Lodge étaient considérées comme récupérables et devaient donc changer leur mode de vie, mais les femmes traitées à WTS avaient tellement de troubles qu'elles devaient changer en tant que personnes.

Pour conclure, le programme de WTS semble prometteur. WTS a pu offrir des services indispensables aux femmes très marginalisées, mais pour

avoir accès à ce filet de sécurité, elles doivent être criminalisées. Les parcours qui mènent les femmes à WTS montrent que les organismes publics utilisent le traitement des addictions pour gérer bien autre chose que la toxicomanie. Ils l'utilisent pour gérer la criminalité, la pauvreté, la violence sexuelle, le sans-abrisme, les problèmes familiaux, etc. J'appelle cette tendance « gouverner par la dépendance ». Nous gouvernons par la dépendance lorsque nous utilisons la dépendance pour expliquer les problèmes sociaux et lorsque nous utilisons le traitement pour les gérer. Je veux nous mettre tous en garde contre le fait de gouverner par la dépendance.

Le langage de l'addiction et de la dépendance de WTS peut paraître familier aux personnes qui travaillent dans le domaine du traitement des addictions ou aux lecteurs de livres de développement personnel. Cela peut sembler une alternative bienvenue à l'incarcération. Mais lorsque cette forme de discours sur l'addiction s'inscrit dans le cadre d'une sanction pénale, elle justifie la stigmatisation, la coercition, l'inégalité et l'exclusion sociale. Au final, WTS a suspendu les droits des femmes exactement de la même manière que des peines plus traditionnelles. ■

LIRE UTILE

→ SOINS, ALCOOL ET PERSONNES ÂGÉES

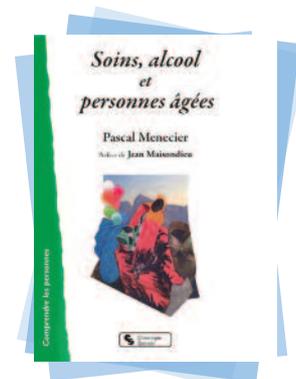
PASCAL MENECIER

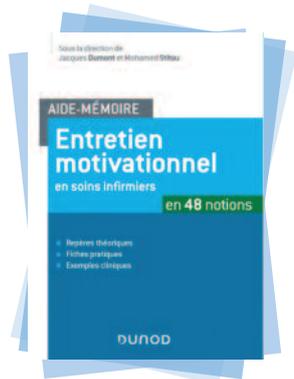
Editeur : Chronique Sociale

De l'invocation du dernier plaisir de l'existence, pour laisser les plus âgés boire en paix de l'alcool, comme si cela ne pouvait plus leur faire de mal, jusqu'à l'ineptie colportée qu'on n'a jamais forcé aucun alcoolique à boire, les raisons s'accumulent pour laisser les aînés consommer tout l'alcool voulu ou subi. Il en est probablement de même pour les laisser consommer tous les médicaments psychotropes qu'ils peuvent se voir prescrire, ou laisser se développer tout com-

portement pouvant ouvrir à une conduite addictive, par exemple autour de jeux de hasard et d'argent, dont l'offre et l'accessibilité ne font que croître sans contraintes. Vieillesse et addictions ne sont pas antinomiques, mais ne sont pas facilement rapprochées. Si certaines conduites adolescentes, de consommations de substances psychoactives, d'alcool ou de cannabis, affolent parents et autorités de santé publique, possiblement avec raison, comment qualifier le regard sociétal inverse sur les addictions du sujet âgé, peu envisagées, rarement considérées ou essentiellement évitées pour ne

pas empêcher d'adoucir, la supposée rudesse de la vieillesse. Parmi les discriminations que peuvent subir diverses populations, le cumul entre les qualités d'être âgé et de boire trop d'alcool, semble surtout démultiplier les freins avant de pouvoir accéder à de possibles aides ou d'éventuels soins et voies de soulagement du mal-être et de souffrances associées. Cet ouvrage aborde cette problématique en s'appuyant tant sur une pratique professionnelle que sur l'ensemble des recherches réalisées sur le sujet.





→ AIDE-MÉMOIRE – ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN SOINS INFIRMIERS – EN 48 NOTIONS

JACQUES DUMONT (auteur), MOHAMED STITOU (auteur), AFDEM
Broché: 480 pages
Éditeur : Dunod

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Cette approche conceptualisée dans les années quatre-vingt, au départ des États-Unis et du Royaume Uni pour le traitement des dépendances à l'alcool, s'est depuis de nombreuses années développée à travers le monde autour de multiples interventions médico-psycho-sociales.

Aujourd'hui, de plus en plus de praticiens l'utilisent dans le champ de la santé (addictologie, maladies chroniques, nutrition, santé mentale, éducation thérapeutique, etc.) mais également dans le secteur social et éducatif.

Dans les soins infirmiers, l'approche motivationnelle trouve tout son sens dans l'accompagnement de patients aux problématiques chroniques et nécessitant des modifications profondes et durables dans leur mode et habitude de vie. Véritable approche concrète et pragmatique, l'entretien motivationnel propose à la fois des principes d'aide humaniste et un style relationnel basé sur des processus, des savoir-faire et un savoir-être centrés sur la personne à aider.



→ VIVRE AVEC UN PROCHE AYANT UNE DÉPENDANCE

CHANTAL PLOURDE et MYRIAM LAVENTURE
Poche: 168 pages
Éditeur : Bayard Canada

Les membres de l'entourage d'un proche ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues, qu'ils soient un parent, une sœur, un frère, une amie ou un ami, souffrent de le voir se détruire à petit feu. Ils voudraient l'aider, mais ne savent plus quoi faire. Ce livre s'adresse précisément à eux.

Les membres de l'entourage ont tendance à s'oublier et à s'épuiser dans une relation devenue toxique. Ils vivent souvent une situation dramatique qui nécessite attention et traitement. Ce livre les convaincra notamment que prendre du temps pour soi ne signifie pas abandonner la personne ayant une dépendance, mais que c'est plutôt la meilleure façon de l'aider.

Avec des conseils simples et pratiques, Chantal Plourde et Myriam Laventure offrent aux personnes qui vivent avec un proche ayant une dépendance du soutien pour évaluer et comprendre leur situation. Pour ce faire, les auteurs présentent autant des explications sur la dépendance que des pistes d'action pour mieux s'aider et mieux aider leur proche. Enfin, en donnant la parole aux proches ayant une dépendance et en leur permettant d'expliquer eux-mêmes le mal qui les habite, elles tentent de répondre aux questions les plus fréquentes des membres de l'entourage.



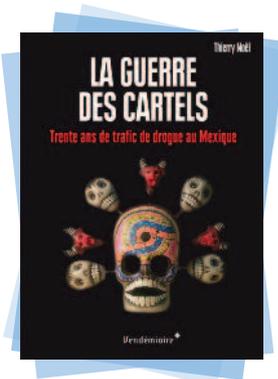
→ ADDICTIONS : PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

SARAH BOWEN, NEHA CHAWLA, ALAN MARLATT
Broché: 272 pages
Éditeur : DE BOECK SUP

Cet ouvrage de référence propose un programme de prévention de la rechute des addictions révolutionnaire combinant intelligemment les pratiques de la mindfulness aux stratégies cognitives et comportementales. Outre les notions théoriques indispensables, le thérapeute y trouvera tous les renseignements et outils nécessaires pour une mise en pratique rapide de cette approche. Des directives claires lui indiqueront comment procéder, tandis qu'une série de scénarios, d'exemples cliniques, de pratiques à domicile et d'astuces pour éviter les pièges et embûches le guideront tout au long de sa pratique.

Huit séances de groupe parfaitement structurées conduiront le patient à prendre progressivement conscience de ses propres expériences internes, à sortir des modes habituels de pensée et de comportement pouvant déclencher la rechute et, enfin, à acquérir les compétences adéquates pour affronter les défis quotidiens du rétablissement.

Pour tout thérapeute instruit à la pratique de la pleine conscience, ce guide fournira une voie claire, accessible et humaine pour amener le patient par une profonde transformation de sa vision de lui-même et du monde, à une meilleure qualité de vie.



→ LA GUERRE DES CARTELS : 30 ANS DE TRAFIC DE DROGUE AU MEXIQUE

THIERRY NOËL
320 pages
Éditeur : VENDEMAIRE

Chaque mois, plus de 2 500 personnes sont assassinées au Mexique. Des villes sont transformées en champs de bataille, que des bandes ennemies parsèment de signaux macabres adressés à leurs adversaires : corps décapités, démembrés, pendus sous des ponts... On n'en finit plus de découvrir des charniers où les cadavres de civils sont laissés à l'abandon. La violence semble avoir atteint dans l'ensemble du pays un paroxysme que même la mobilisation de l'armée peine à empêcher. Tandis que partout les trafiquants, les narcos, affichent leurs richesses, armes à la crosse dorée à l'or fin à la main, que des chansons populaires sont composées à leur gloire et que les plus célèbres d'entre eux, tels Joaquín Guzmán Loera, dit El Chapo, ont acquis une réputation légendaire. Comment en est-on arrivé là ?

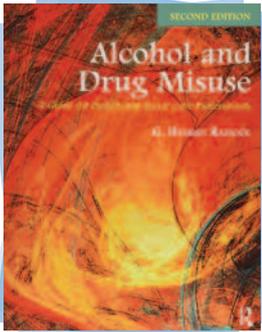
Pour la première fois, un historien français remonte aux racines du mal, depuis la fin des années 1970 et le déferlement de la cocaïne colombienne jusqu'à la constitution de cartels organisés en véritables multinationales de la drogue, infiltrant tous les rouages de l'État. En leur sein, les narcos se battent sans merci pour imposer leur autorité. Faisant du pays le théâtre d'une guerre civile qui ne dit pas son nom et totalise à ce jour plusieurs centaines de milliers de victimes.



→ SUR LES ROUTES DE LA DROGUE

FRANÇOIS-XAVIER ROUX-DEMARE, GILDAS ROUSSEL
Broché: 216 pages
Éditeur : IUV – Édition : 1^{ère} édition

Cet ouvrage propose une appréhension pluridisciplinaire de la question du trafic de stupéfiants avec un regard des universitaires et des professionnels sur les problématiques principales soulevées dans le contexte législatif répressif français. De l'identification à la lutte contre le trafic de stupéfiants, les auteurs apportent un regard sur ce phénomène de notre société, facteur d'addiction et mettant en jeu les politiques de santé publique. Juristes (universitaires, avocat, magistrats, commissaire en chef de la marine), médecins (neurologue, radiologue, psychiatre, médecins légistes), sociologue et économiste ont ainsi réfléchi sur cette question des routes de la drogue.



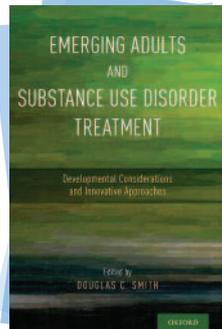
→ **ALCOHOL AND DRUG MISUSE: A GUIDE FOR HEALTH AND SOCIAL CARE PROFESSIONALS** (English Edition) 2nd Edition
G. HUSSEIN RASSOOL
Publisher: Routledge

Written by an experienced academic author, lecturer and practitioner, this comprehensive textbook provides an introduction to alcohol and drug misuse. It presents:

- the context of alcohol and drug misuse, and the nature and theories of addiction, including a historical overview and policy initiatives in contemporary society;
- an overview of the problems associated with psychoactive substances and their impact on groups such as culturally and linguistically diverse communities, young people, women, older people and the homeless;
- an understanding of the generic role responses to substance misuse in a variety of different settings and contexts, including primary care, the community and hospitals;
- a framework for assessment, care planning, harm reduction approaches, dealing with overdose, intoxication and withdrawals, and psychological and pharmacological interventions;
- an accessible and skills-oriented approach to assist students and practitioners in dealing with alcohol and drug misuse.

This new edition is fully updated and includes new material on: evidence-based pharmacological interventions; recent global strategies in alcohol and drug; dual diagnosis and women; shisha smoking; and current statistics on prevalence of alcohol and drug misuse.

Alcohol and Drug Misuse takes into account current policy and practice for substance use and misuse and includes a range of pedagogical features to enhance learning. It is essential reading for nursing, health and social work students taking substance misuse modules, as well as related CPD courses for health and social care professionals.



→ **EMERGING ADULTS AND SUBSTANCE USE DISORDER TREATMENT: DEVELOPMENTAL CONSIDERATIONS AND INNOVATIVE APPROACHES** (English Edition) 1st Edition
DOUGLAS C. SMITH
Publisher: Oxford University Press

Emerging Adults and Substance Use Disorder Treatment addresses how a societal shift in the timing of developmental tasks affects treatment outcomes for substance use disorders, which are among the most highly prevalent and costly mental health problems in the United States. It presents readers with a summary of the developmental period of emerging adulthood as well as a comprehensive review of state-of-the-art substance use disorder treatments for this group. There are an estimated 30.6 million emerging adults living in the US, and as many as 34.5% of them have serious problems with substances that often require clinical treatments. That equates to 10.5 million emerging adults ages 18-25 in the United States with a substance use disorder. However, research on substance use disorder treatments for emerging adults lags behind that for adolescents and older adults. This book fills a gap for academic audiences on this important and up-and-coming area of research. The first half of this volume address developmental issues associated with emerging adulthood, paying specific attention to how developmental features influence diagnosis and treatment. The second half of the book presents the state-of-the-science on interventions for emerging adults, with each chapter summarizing either a body of work on a particular type of intervention or a special topic affecting intervention delivery to emerging adults.

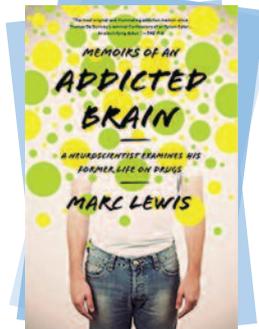


→ **DRINKING, DRUG USE, AND ADDICTION IN THE AUTISM COMMUNITY**
ELIZABETH KUNREUTHER
Paper-backed: 192 pages
Publisher: Jessica Kingsley Publishers

What is the connection between autism and addiction? Why are individuals with autism more likely to develop a substance use disorder than the general population? Until recently, substance use disorder (SUD) was considered rare among those with autism spectrum disorder (ASD). This book brings together current research and personal accounts from individuals with autism and their supports. It explores why addiction is more common among individuals with ASD and investigates how addiction and autism affect one another. The authors also provide strategies for supporting people with both ASD and SUD.

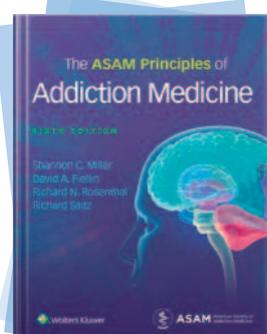
→ **THE ASAM PRINCIPLES OF ADDICTION MEDICINE**
SHANNON C MILLER; DAVID A FIELLIN; RICHARD N ROSENTHAL; RICHARD SAITZ
American Society of Addiction Medicine
Publisher: Philadelphia: Wolters Kluwer

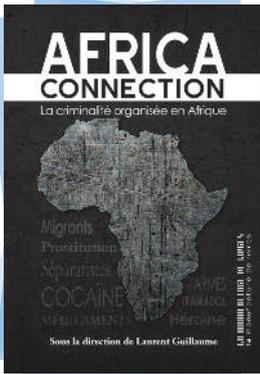
The ASAM Principles of Addiction Medicine is the go-to textbook in the specialty field of addiction medicine. Clinicians, doctors, and researchers rely on The ASAM Principles of Addiction Medicine to define the terminology of addiction and provide a comprehensive overview of the diagnosis and treatment.



→ **MEMOIRS OF AN ADDICTED BRAIN: A NEUROSCIENTIST EXAMINES HIS FORMER LIFE ON DRUGS**
MARC LEWIS
Publisher: PublicAffairs

Recommandé par l'American Academy of Neurology, ce livre nous fait vivre le recto et verso des drogues: le vécu de l'auteur pour chacune des grandes classes de drogues et les modes d'action sur le cerveau avec apparition progressive de l'addiction, de ses mécanismes biochimiques et de la chute finale. Ce livre écrit dans un langage simple mais en anglais, permet de comprendre les modifications comportementales des drogués et surtout qu'il n'y a pas de drogues "soft". Toutes sont (potentiellement) dangereuses.



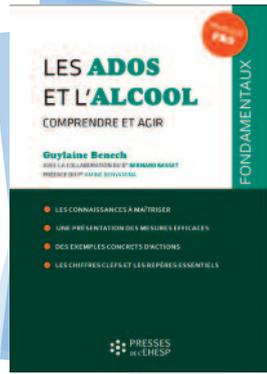


→ AFRICA CONNECTION : LA CRIMINALITÉ ORGANISÉE EN AFRIQUE

LAURENT GUILLAUME
Broché : 248 pages

Éditeur : Manufacture de livre éditions

Trafics d'êtres humains, de stupéfiants ou d'armes, exploitation des migrants ou des matières premières : la criminalité organisée en Afrique est née des désordres de la décolonisation, a grandi sous la guerre froide puis avec la mondialisation. Elle constitue aujourd'hui le précipité de ce que Michel Foucault a qualifié d'illégalisme d'État, véritable gangrène d'un continent. Laurent Guillaume, ancien policier aujourd'hui consultant pour divers organismes internationaux, a réuni pour cet ouvrage des spécialistes universitaires et consultants de terrain. Dans cette étude unique, ils nous proposent de découvrir la frontière des trafics, entre légalité et illégalité. Ils éclairent les dynamiques sociales et politiques qui animent ces réseaux pour comprendre leur organisation matérielle et humaine.



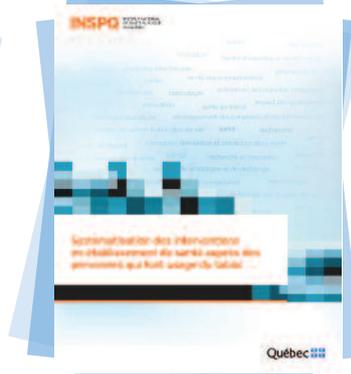
→ LES ADOS ET L'ALCOOL : COMPRENDRE ET AGIR

GUYLAINE BENECH

Éditeur : Presses de l'EHESP

En quelques décennies, le rapport des adolescents à l'alcool a considérablement évolué, posant de nouveaux défis en matière de prévention et de santé publique : précocité et féminisation des ivresses, banalisation de l'alcool et de ses usages... Sur le terrain, les professionnels et les familles se sentent démunis face à ce phénomène de société qui les dépasse.

Cet ouvrage a pour objectif de les aider à améliorer leurs réactions et leurs pratiques pour participer à la prévention et à la prise en charge des jeunes en difficulté avec l'alcool. L'ouvrage est également une illustration concrète de la manière dont une politique globale de santé publique se construit à l'échelle nationale et sur le terrain local.



→ SYSTÉMATISATION DES INTERVENTIONS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ AUPRÈS DES PERSONNES QUI FONT USAGE DU TABAC

TREMBLAY MICHÈLE, JUTRAS CLAIRE, NOREAU SUZANNE
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2019, 52 p.

En vertu de la loi concernant la lutte contre le tabagisme, les établissements de santé et de services sociaux du Québec ont adopté, en 2017, des politiques visant la création d'environnements sans fumée. De nombreux usagers de ces établissements sont par conséquent touchés par cette interdiction de fumer. Les établissements font appel aux répondants tabac des directions de santé publique afin d'être accompagnés dans la mise en place d'une offre systématique de soutien auprès de toute personne faisant usage du tabac, avec pour objectif de faciliter la gestion des symptômes de sevrage et/ou le renoncement au tabac. Afin de répondre à ce besoin, un groupe de travail fut mis sur pied à l'automne 2018 par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'examiner la littérature sur les démarches de systématisation, de recenser les expériences québécoises et de décrire le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT) utilisé dans plusieurs établissements québécois, canadiens et étrangers.

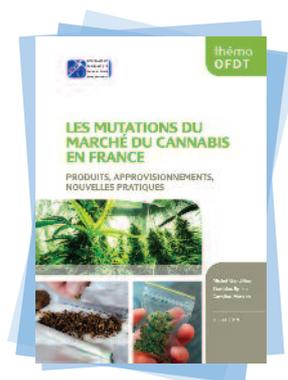
→ LES MUTATIONS DU MARCHÉ DU CANNABIS EN FRANCE

GANDILHON MICHEL, SPILKA STANISLAS, MASSON CAROLINE
Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2019-07, 34 p.

Ce document est consacré aux mutations considérables que connaît le marché du cannabis en France, avec notamment l'augmentation des usages d'herbe. Cette demande est alimentée essentiellement via une culture de masse en provenance des Pays-Bas et de plus en plus d'Espagne. La production hexagonale est dominée par de petites cultures réalisées par des « amateurs » qui ne couvrent pas l'ensemble de la demande intérieure. Cependant, les réseaux traditionnels de vente, plutôt spécialisés dans le

commerce de la résine, tentent de s'adapter à ces nouvelles réalités en commercialisant des variétés de plus en plus diversifiées d'herbe, voire de produits dérivés, et en développant leurs propres structures de production. Il serait prématuré toutefois d'en conclure que les usages de résine de cannabis en France sont voués au déclin. Depuis quelques années, la production marocaine connaît elle aussi des bouleversements, notamment en termes de variétés cultivées, sur fond de modernisation des techniques agricoles, qui permettent la fabrication de produits plus diversifiés et plus riches en principe actif.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmgz7.pdf>



AGENDA

COLLOQUES RÉGIONAUX LIEU DE SANTÉ SANS TABAC
→ ORLÉANS 17 OCTOBRE
→ DIJON 6 NOVEMBRE



La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd
Octobre 2019 - N° 36
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, François-Olivier Gagnon-Hébert, Allison McKim

© Textes et visuels : Respadd 2019

Bernard Artalet Graphisme

Imprimerie Peau

Tirage : 4 000 exemplaires