

la Lettre du respadd



40

AVRIL 2021

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

SOMMAIRE

→ ADDICTOLOGIE

• La Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA)

→ VUE D'AILLEURS

• DicoPolHiS, le pari d'une vulgarisation exigeante de l'histoire de la santé

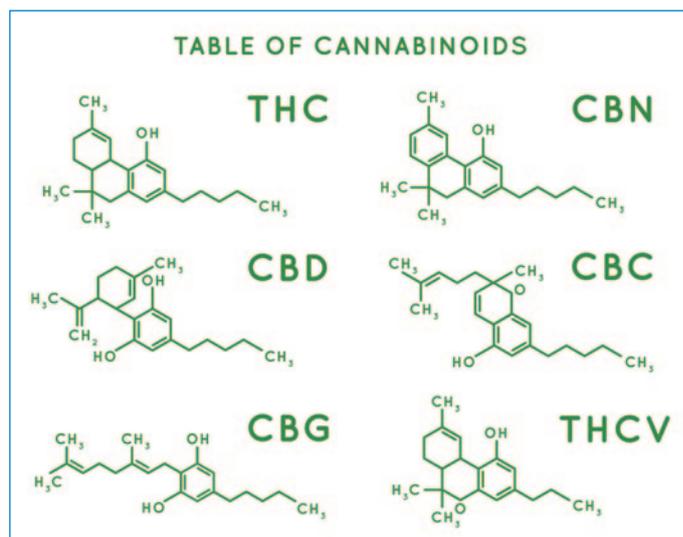
→ TABACOLOGIE

• TABAC & COVID-19 : beaucoup de données nouvelles

→ LIRE UTILE EN ANGLAIS

→ LIRE UTILE

→ AGENDA



Aussi ancien que la fleur de pavot, emblématique de l'usage moderne de la drogue par la jeunesse durant la seconde moitié du XX^e siècle, le cannabis ou chanvre indien est aujourd'hui le stupéfiant le plus banalisé, consommé par plus de 160 millions de personnes dans le monde. À travers lui se joue l'enjeu de la « dangerosité » des drogues, le débat de la réglementation de l'usage de drogues et l'évolution des législations. À l'heure de l'expérimentation, tant attendue, du cannabis thérapeutique en France, on peut se demander pourquoi son usage est-il toujours pénalisé en dépit d'une dangerosité moindre que celle de l'alcool et du tabac.

Pour les uns, le cannabis est une substance dangereuse dont il faudrait limiter l'accès. Pour les autres, une telle approche prohibitive contribuerait

au contraire à exposer davantage les jeunes au marché noir ou à un comportement à risque. Comme pour tout débat de société où se mêlent des opinions et des intérêts, il est pertinent de se tourner vers la science afin de se doter d'une opinion impartiale et rationnelle. Et la science est claire : qu'ils soient économiques, médicaux ou sociaux, l'ensemble des travaux scientifiques concluent en faveur d'une nécessité de la réforme des politiques des drogues. Il faut convaincre les politiciens de la nécessité d'un changement. Les citoyens ont besoin d'un modèle adapté et crédible, comme pilier fondamental de la prévention. La distinction entre légal et illégal est arbitraire, injuste et hypocrite. Il est nécessaire de mettre en œuvre une stratégie globale pour l'ensemble des substances psychotropes défi-

nie en fonction de la dangerosité de la substance et l'âge du consommateur. Seul un changement de paradigme sera à même de nous offrir une perspective d'avenir.

Le cannabis est le symbole même de l'absurdité et du manque de crédibilité des politiques de lutte contre les drogues. Consumé par tous les milieux sociaux, il est reconnu comme bien moins dangereux que les drogues légales. Il faut soutenir et développer les travaux de recherche visant à améliorer sa connaissance, documenter ses applications en thérapeutiques, comprendre ses utilisations et pratiques de consommation, mesurer les effets collatéraux d'une augmentation de la consommation des cannabinoïdes sur l'usage d'alcool, la criminalité ou l'accidentologie routière, proposer des stratégies de réduction des risques innovantes passant notamment par la validation de méthodes d'analyse de cannabinoïdes qualitative et quantitative.

C'est avec beaucoup d'attention que nous suivrons les évolutions prochaines, qu'elles soient réglementaires, sociales ou thérapeutiques. Et dès aujourd'hui nous nous engageons dans des programmes de recherche et la diffusion de savoirs fondés sur les preuves avec l'organisation du premier diplôme inter-universitaire sur le cannabis médical.

Pr Amine Benyamina,
vice-président du Respadd



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

→ LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS À L'ALCOOL (RdRDA)

GUYLAINE BENECH – CONSULTANTE-FORMATRICE EN SANTÉ PUBLIQUE

Le concept de « Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) » fait référence à plusieurs niveaux de réalités, selon qu'on lui prête un périmètre plus ou moins étendu. Au sens large, le champ de la RdRDA englobe toute action ou dispositif visant, d'une manière ou d'une autre, à réduire les conséquences néfastes de la consommation d'alcool, à échelle individuelle ou collective.

Dans cette optique, les dispositifs de sécurité routière, les politiques de prix ou encore les campagnes autour du message « zéro alcool durant la grossesse » font tous partie d'un même et grand paradigme, la RdRDA, déclinable de mille et unes manières. Une autre acception, plus restrictive, définit la RdRDA comme une modalité d'intervention visant à accompagner des usagers qui ne peuvent ou ne souhaitent pas s'abstenir immédiatement et définitivement de consommer de l'alcool. Enfin, le concept fait également référence à une politique publique, inscrite dans la loi. La RdRDA est en effet le volet, pour ce qui concerne les usages d'alcool, de la politique de réduction des risques et des dommages telle que définie par le code de la santé publique⁽¹⁾. Rappelons que cette politique, qui ne portait initialement que sur les usages des stupéfiants, a été élargie en 2016 à l'ensemble des conduites addictives, incluant les usages de produits licites tels que l'alcool ou le tabac. Sa mise en œuvre est confiée aux établissements medico-spécialisés.

En 2016, une audition publique, organisée par la Fédération Française d'Addictologie (FFA)⁽²⁾, a permis de faire émerger en France un consensus quant aux principes fondamentaux de la RdRDA en général, et

de la RdRDA en particulier. Celle-ci reconnaît l'existence d'usages et de comportements à risques mais, plutôt que d'interdire ou de contraindre, s'attache à transmettre aux personnes et aux populations les informations, les ressources et les aides qui leur permettront d'exercer au mieux leur pouvoir d'agir. L'objectif de la RdRDA est de limiter les conséquences négatives résultant de la consommation d'alcool. L'accompagnement d'une personne en RdRDA se doit d'être respectueux des droits et de la dignité de l'utilisateur, dénué de jugement moral et résolument pragmatique. Il a pour but d'aider la personne à faire des choix éclairés, et à atteindre ses propres objectifs, sans impératif d'abstinence. Il s'agira donc d'accueillir chaque personne « là où elle en est », et de lui proposer une réponse ne se limitant pas à une simple réduction de la quantité d'alcool consommée. Il importe de souligner que, selon ce consensus, l'abstinence n'est pas exclue comme objectif. Elle est simplement une des propositions offertes aux personnes. Il ne paraît donc pas opportun d'opposer les démarches de RdRDA et les démarches visant l'abstinence.

Si les établissements médico-sociaux spécialisés en addictologie ont une mission de RdRDA, les modalités concrètes

de cette mission ne sont pas définies. Il n'existe en effet à ce jour aucune ligne directrice officielle encadrant de manière précise les pratiques d'accompagnement de la consommation d'alcool en RdRDA. Cette absence de recommandations opérationnelles rend la tâche difficile pour les professionnels et les associations d'entraide. Mais l'absence de lignes directrices ne les a pas empêché d'agir. Au cours des dernières décennies, des initiatives de RdRDA se sont déployées en France dans des espaces diversifiés. Ces actions ont été développées sur des bases essentiellement expérientielles par des acteurs de terrain qui ont imaginé et mis en œuvre des réponses pragmatiques *ad hoc*. Certaines initiatives ont fait l'objet de travaux de capitalisation, et parfois d'évaluation. Par exemple, le programme Alcochoix+, porté par la Fédération Addiction, vise à aider les personnes en difficulté avec l'alcool à retrouver une gestion contrôlée de leur consommation⁽³⁾. Ce programme est dispensé par des intervenants formés qui accompagnent les usagers, individuellement et/ou collectivement, et leur proposent des outils. D'autres exemples peuvent être cités. Ainsi, la méthode I-A-C-A (Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool), développée par l'association

Santé !, à Marseille, consiste en une proposition d'accompagnement des usagers, accueillis dans un espace dédié dans lequel ils peuvent consommer librement de l'alcool. La méthode, qui a fait l'objet d'une évaluation par l'Inserm⁽⁴⁾, et d'une modélisation, commence à être diffusée dans certaines régions. Le programme d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) Choizitaconso®, développé par le CSAPA Convergence (Association Addictions France du Vaucluse), consiste en une série de séances collectives réunissant des personnes qui s'interrogent sur leur consommation d'alcool et souhaitent parvenir à retrouver la maîtrise de celle-ci⁽⁵⁾. En Alsace, plusieurs CSAPA hospitaliers et associatifs se sont réunis pour ouvrir une « salle de consommation d'alcool à moindre risque ». Dans ce lieu, nommé ARRIANA, les usagers peuvent échanger, s'informer, se détendre et établir des liens avec des professionnels de santé et du travail social. En région parisienne, l'association Addictions France a développé une démarche d'accompagnement des équipes de CHRS qui souhaitent autoriser la consommation encadrée d'alcool dans leurs enceintes⁽⁶⁾. Ces quelques exemples donnent un rapide aperçu des déclinaisons possibles de la RdRDA. Ils ne sau-

(1) Article D.3121-33 du code de la santé publique et son annexe « référentiel de réduction des risques en direction des usagers de drogue ».

(2) Fédération Française d'Addictologie (FFA), *La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1 Audition publique 2.0. 7 - 8 avril 2016 à Paris, Livret de l'Audition publique : programme et rapports des experts et du groupe bibliographique*, 2016, 633 pages.

(3) Fédération Addiction, Rapport d'évaluation. Expérimentation Alcochoix+ en Nouvelle-Aquitaine 2019-2020, décembre 2020, 35 pages.

(4) Carrieri P. *et al.*, Réduction des risques et des dommages dans le domaine des troubles liés à l'usage d'alcool. Évaluation d'une intervention d'accompagnement des parcours de santé complexes liés aux usages d'alcool, SESSTIM (INSERM 1252), 2019, 110 pages.

(5) Casanova D., Goncalves Da Cruz C., Hourrier K., Riccobono-Soulier O., Seguin J., & Vassas S. (2018). Choizitaconso®. Un apport à la réduction des dommages en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*, 40(4), 334-339.

(6) Lanquette A., Moulius F., Lebourdais P., Document de capitalisation de l'expérimentation pour l'ouverture d'un espace de consommation d'alcool à moindres risques au CHRS Georges Dunand, septembre 2015 - septembre 2017, ANPAA 75, 2017, 36 pages.

raient toutefois, à eux seuls, illustrer la grande diversité, et la grande richesse, des actions menées en France.

À l'étranger, des initiatives originales ont été mises en œuvre pour venir en aide aux usagers en difficultés avec l'alcool. Au Canada, par exemple, les intervenants des « Centres de gestion contrôlée d'alcool » (*Managed Alcohol Programs*) fournissent à heure fixe, tout au long de la journée, des doses d'alcool à des personnes en situation de grande précarité, dans le but de favoriser la stabilisation de leur état, condition essentielle à la mise en place d'un accompagnement psychosocial à moyen et long terme. Plusieurs études publiées dans des revues s'appuyant sur un comité de lecture ont mis en évidence les effets positifs de ce type de dispositifs. Ces travaux font état d'une réduction du nombre d'interpellations par les forces de l'ordre, d'une diminution du recours aux services d'urgences et d'hospitalisations, ou encore d'un meilleur état de bien-être général des usagers (7). En France, il n'existe à l'heure actuelle aucun dispositif officiel permettant d'envisager ce type de programme. Il arrive que des intervenants servent de l'alcool à des usagers, à des fins de « convivialité » ou pour prévenir ou gérer des crises de manque. Certains professionnels consomment de l'alcool avec les personnes qu'ils accompagnent, dans le but de renforcer des liens. Ces pratiques partent certes d'une bonne intention, mais elles soulèvent des questionnements d'ordre juridique, éthique, et de posture professionnelle. Si le code de la santé publique permet la supervision, par un professionnel, de la consommation d'alcool ou de tout autre produit par un usager, il est clairement stipulé que l'intervenant « ne participe en aucun cas aux gestes de consommation ». En cas de problème, la responsabilité pénale de l'intervenant



et de son employeur pourrait être recherchée. Présenter les boissons alcoolisées sous un jour favorable pourrait, dans certains cas, être assimilé à une incitation à consommer. Le fait de fournir de l'alcool à un usager, ou a fortiori d'en consommer dans le cadre d'une intervention professionnelle, soulève en outre des questions en termes de déontologie et de posture professionnelle, et peut dans les cas les plus extrêmes, faire prendre des risques à l'usager. C'est le cas notamment lorsqu'un professionnel non expérimenté se retrouve dans la situation de servir de l'alcool à une personne présentant un syndrome de sevrage, en l'absence de professionnel de santé. Si ce geste s'apparente certes à une assistance à personne en danger, il est tout sauf anodin dans cette situation médicalement complexe. C'est pourquoi cette pratique, et plus largement l'ensemble des pratiques et postures de RdRDA, méritent de faire l'objet d'une analyse plus approfondie de la part des autorités de santé. La rédaction d'un référentiel de bonne pratique nous paraît indispensable. ■

Pour en savoir davantage :
Benech G., *La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Historique, pratiques, analyse et propositions*, sous la direction scientifique du regretté professeur Michel Reynaud et du docteur Bernard Basset, Fonds Actions Addictions, Paris, janvier 2021, 94 pages.
<https://www.addictaide.fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-lies-a-lalcool-rdrda-historique-pratiques-analyse-et-propositions/>

(7) Pauly BB, Vallance K, Wettlaufer A, et coll. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Rev* 2018; 37 Suppl 1: S132-S139.



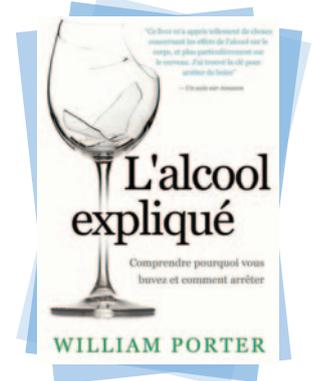
→ **JOUR ZÉRO**
STEPHANIE BRAQUEHAIS
Éditeur : Iconoclaste
Broché : 285 pages

Assez des réveils poisseux. Des trous noirs. Un matin, elle décide d'arrêter l'alcool. C'est le jour zéro. Le début d'une vie nouvelle qu'elle retrace dans un journal.

L'alcool désinhibe, rend tout-puissant, décuple les sensations. Un petit verre pour oublier ses soucis, un apéro qui l'air de rien se prolonge... Où se situe la frontière entre bien boire et trop boire ? À quel moment l'alcool prend-il trop de place dans notre vie ?

Stéphanie Braquehais aborde ces questions de manière intime. En s'appuyant sur les neurosciences, elle cherche à comprendre les ressorts de l'addiction au féminin et les moyens d'y échapper.

Un récit sans concession et plein d'humour pour reconquérir sa liberté.



→ **L'ALCOOL EXPLIQUÉ**
WILLIAM PORTER
Éditeur : Independently published
Broché : 311 pages

L'alcool expliqué aborde comment l'alcool affecte les êtres humains sur les plans chimique, physiologique et psychologique, depuis les premiers verres jusqu'à l'alcoolodépendance. Cette dernière et la consommation problématique d'alcool semblent illogiques aux yeux des gens de l'extérieur. Or, la personne alcoolodépendante est tout aussi perplexes par rapport à son problème. Ce livre fournit une explication logique et facile à suivre du phénomène et des instructions détaillées sur la façon de le combattre. Bien qu'entièrement scientifique et factuel par nature, le livre est présenté dans un format accessible et facile à comprendre.

→ **RÉCITS DE LA SOIF : DE LA DÉPENDANCE À LA RENAISSANCE**
LESLIE JAMISON
Éditeur : Pauvert
Broché : 550 pages

Quel point commun entre Billie Holiday et Stephen King ? Entre Amy Winehouse, Marguerite Duras et l'auteure de ce livre ? L'art – l'art et l'addiction.

Après ses *Examens d'empathie*, Leslie Jamison se penche sur les liens entre écriture et toxicomanie, en commençant par sa propre expérience. De sa première gorgée de champagne au délitement de sa vie de jeune adulte, Leslie Jamison livre un témoignage sincère sur l'emprise de l'alcool et son chemin vers la sobriété. Elle met en regard sa propre trajectoire éthylrique avec celles de femmes et d'hommes de lettres tels que Raymond Carver, William Burroughs, Jean Rhys et David Foster Wallace, déboulonnant page à page le mythe de l'ivresse inspirée. Ce chœur à voix dessine les contours d'un récit commun



qui en dit autant sur les toxicomanes que sur la société qui, selon la couleur de leur peau, leur origine sociale ou leur genre, réécrit leurs histoires.

À la croisée de l'enquête sociolittéraire et des mémoires, le nouveau livre de l'héritière de Susan Sontag et de Joan Didion est un témoignage fascinant ainsi qu'une somme d'une prodigieuse érudition sur l'addiction, et, plus encore, une cure collective salutaire.



→ DICOPOLHIS, LE PARI D'UNE VULGARISATION EXIGEANTE DE L'HISTOIRE DE LA SANTÉ

HERVÉ GUILLEMAIN – PROFESSEUR D'HISTOIRE CONTEMPORAINE, LE MANS UNIVERSITÉ, TEMOS
Contact : herve.Guillemain@univ-lemans.fr

La première notice de DicoPolHiS a été publiée le 16 mars 2020, soit la veille du premier confinement. Drôle de baptême pour le Dictionnaire Politique d'Histoire de la Santé ! Mais cette coïncidence chronologique ne manque pas de sens car cette entreprise éditoriale d'un nouveau genre s'est donnée pour objectif premier de faire comprendre au grand public les enjeux politiques majeurs qui irriguent nos manières de penser la santé.

À l'heure où se produisent de vifs débats concernant les vaccins, la quarantaine, les masques, l'importance de notre santé mentale ou le rôle des médecins auprès des pouvoirs, l'intérêt d'un tel projet n'en était que plus fort. C'est à partir du prisme historien que les différentes entrées de ce dictionnaire sont approchées : maladies, lieux, acteurs et actrices, concepts, événements, pratiques, parties du corps. En les situant dans l'histoire et en insistant sur la dimension politique qui les traverse toutes, le dictionnaire contribue à dénaturer ces objets et à transformer l'image que le grand public peut en avoir. Les notices qui jusqu'à présent connaissent le plus grand succès sont, par exemple, celles qui permettent de penser la construction sociale des maladies féminines et du corps des femmes. À travers les discours des historiennes sur la Folie puerpérale (celle qui est liée à la grossesse et à la maternité), les discours sur l'Hymen, la pratique de la Césarienne ou la criminalisation de l'Avortement, le lectorat peut appréhender d'une manière accessible la dimension sociale et politique qui influence de longue date ces représentations du corps, ces pratiques et ces maladies.

Le projet s'est nourri du renouvellement considérable de l'historiographie francophone du champ de la santé. Nombre des auteurs et autrices du dictionnaire ne se définissent pas comme des historiens et historiennes de la médecine stricto sensu mais comme des historiens et historiennes du social

dont l'objet peut notamment être médical. Ils donnent désormais une définition plus large du champ de la santé qui ouvre les possibles pour écrire l'histoire d'acteurs et actrices moins connus (Associations de patients, entrepreneurs de santé), de pratiques considérées comme marginales (Naturisme, Aérobic, Tatouage, Végétarisme), de notions qui pourraient être jugées éternelles (Urgence, Maladies rares), de maladies oubliées et pourtant emblématiques de situations historiques pertinentes (Polio, Drapétomanie), de nouveaux concepts illustrant l'évolution permanente de nos conceptions de la maladie (Neurodiversité, Schizophrénie), de nouvelles disciplines et professions médicales (Ophtalmologie, Pédiatrie sociale), de productions culturelles qui illustrent le rôle central de la médecine dans nos sociétés (séries, films), de revendications citoyennes pour faire reconnaître officiellement certaines maladies et souffrances (sida, maladies du travail et de l'environnement), de notions liées aux handicaps également (surdité, cécité).

Pour ce faire, le projet DicoPolHiS se déploie selon un format inédit qui combine les exigences du savoir académique et celles de la vulgarisation avec un objectif pédagogique original et une ouverture contributive. Les textes qui peuvent donc être produits par des chercheurs, chercheuses et universitaires de référence ou par des étudiants et étudiantes en formation (licence, master, doctorat) sont tous

l'objet d'un même travail de réécriture pour présenter une cohérence à la lecture et pour atteindre le public visé. D'un maximum de 5 000 signes, correspondant à trois minutes de lecture environ, ces entrées sont toutes illustrées par une image d'archives, appuyées par deux références académiques et enrichies de nombreux liens hypertextes extérieurs ou renvoyant vers d'autres notices du dictionnaire.

→ CITONS ICI QUELQUES EXEMPLES

En mettant l'accent sur des situations historiques méconnues du XIX^e siècle, les notices La Mecque, Livourne 1804 et Barcelone 1821 offrent une longue perspective sur la gestion scientifique et politique des épidémies. À partir d'anciens épisodes de choléra et de fièvre jaune, les auteurs et autrices de ces textes illustrent la complexité des facteurs qui pèsent sur les prises de décision amenant les autorités à déclencher des processus de quarantaine ou à modifier leurs dispositifs. Les enjeux commerciaux se révèlent chaque fois prépondérants dans ces processus. Ceux-ci s'entremêlent aux rumeurs et controverses scientifiques qui ne manquent pas de survenir à une époque où le principe de contagiosité peine encore à être consolidé dans les esprits des savants. Ces éclairages permettent de saisir les continuités et les discontinuités perceptibles entre les différentes pandémies que l'humanité a pu connaître. Les textes du dictionnaire éclairent égale-

ment la relation entre médecins et patients et les racines de l'inégale répartition des soins sur le territoire. L'entrée Médecine à distance lève le voile sur les pratiques de soin par correspondance au XVIII^e siècle et celle sur les Officiers de santé rappelle l'époque durant laquelle des médecins de second rang prenaient en charge la santé des habitants des campagnes.

L'entrée Urgence nous montre comment, après avoir été forgée par la culture du triage en temps de guerre, la lutte contre la mort accidentelle a été constituée peu à peu comme une priorité des administrations de la santé dans les sociétés industrielles.

L'historisation se révèle une démarche aussi pertinente dès lors qu'il s'agit d'identifier des maladies spécifiques à un genre. L'entrée Folie puerpérale montre comment un diagnostic psychiatrique s'impose progressivement dans la classification médicale alors que les symptômes qui le décrivent ne sont guère spécifiques. Mais, malgré cette faiblesse scientifique et les controverses qui l'accompagnent, le diagnostic survit. Aujourd'hui, certes, on utilise d'autres termes comme ceux de « dépressions périnatales » ou de baby blues, mais le consensus n'existe toujours pas sur ces diagnostics. Cet historique permet de nous questionner sur la part de construit et de naturalité dans les représentations sociales de la maternité. Il en va de même si l'on interroge la catégorie contemporaine de Ménopause.

→ TABAC & COVID-19 : BEAUCOUP DE DONNÉES NOUVELLES

COMMUNICATION PRÉSENTÉE AU 25^e CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE DÉBUT 2021
PAR LE PR BERTRAND DAUTZENBERG, ADMINISTRATEUR D'HONNEUR DU RESPADD.

Depuis le début de la pandémie, de nombreuses observations, parfois contradictoires, ont été relayées concernant la COVID-19 et le tabagisme. Voici ce qu'il faut en retenir.

→ COVID-19 ET TABAGISME : LES CERTITUDES

- Le tabac a tué 75 000 Français en 2020, la Covid-19 68 000 : fumer ne sera jamais une solution.
- Il existe un lien statistique entre le fait d'être fumeur actif quotidien et le risque de contracter la Covid (estimé entre 2 et 10 fois moins dans des dizaines d'études). Une seule étude, de mauvaise qualité avec 98 % de données manquantes, est discordante.
- L'interaction avec le récepteur ACE2 présent à la surface des cellules pulmonaires joue un rôle majeur dans cette interaction. Ce récepteur n'est pas utilisé par le virus de la grippe ou d'autres coronavirus tels le MERS chez qui aucun effet protecteur du tabagisme n'est décrit confirmant le rôle de l'ACE2 dans la Covid-19. Ce récepteur est aussi visé par l'ivermectine, un ancien antiparasitaire qui fait l'objet de nombreuses études actuellement.
- Le lien protecteur tabac & Covid-19 n'existe pas chez les anciens fumeurs.

→ LES QUASI-CERTITUDES

- Ce lien tabagisme & Covid-19 serait un lien causal.
- La nicotine est l'agent de la fumée le plus suspect d'être responsable du fait de la présence de récepteurs nicotiques proches de ceux de l'ACE2. Les données d'une étude française conduite par

EIPHAR montrent que les personnes sous substituts nicotiques sont moins victimes de la Covid-19 que ceux qui n'en prennent pas. À noter que ces résultats issus de l'analyse des données de l'Assurance maladie ne prennent pas en compte les infirmités concernant la consommation de tabac. (Zureik *et al.* <https://doi.org/10.1101/2020.07.28.20160630>).

→ LES SUJETS DE DISCUSSIONS

- Les variations du lien tabac & Covid-19 avec les nouveaux mutants restent totalement inconnues, mais sont importantes à évaluer, justifiant un parfait recueil du tabagisme chez tous les patients Covid-19.
- Chez les ex-fumeurs, il existe une aggravation de l'évolution de la Covid-19 et de la grippe voisine dans toutes les études évoquant l'existence d'effets délétères à long terme du tabagisme identiques dans ces deux pathologies.
- Chez les fumeurs actifs de longue date, les études rapportent une aggravation de la Covid-19 plutôt moindre qu'avec la grippe.
- Chez les jeunes marins fumeurs actifs du porte avion Charles de Gaulle ayant pour la plupart un tabagisme assez récent (28 ans d'âge médian), la Covid-19 est plutôt moins grave chez les fumeurs qui, s'ils sont ma-

lades, ont moins de toux et de dyspnée, moins de signes généraux et sont significativement moins souvent mis sous oxygène que les non-fumeurs.

L'hypothèse émise pour expliquer les discordances des études sur la gravité de la Covid-19 chez les fumeurs est qu'« il existerait à côté de l'effet néfaste du tabac sur les voies respiratoires, un effet bénéfique paradoxal spécifique de la nicotine qui demande à être démontré. Cet effet de protection ne semble qu'atténuer les effets néfastes observés pour tous les virus chez les fumeurs anciens, mais chez les fumeurs récents, sans dégâts des voies respiratoires, le tabagisme peut très paradoxalement améliorer l'évolution de la Covid-19. L'explication de cet effet peut être liée soit à une moindre pénétration des virus et une moindre charge virale soit à un effet sur la régulation de l'inflammation intracellulaire sous l'effet de la nicotine. »

→ EN CONCLUSION

En moins d'un an, les connaissances ont progressé, mais il persiste des lacunes sur la compréhension de l'interaction tabac/Covid-19. Compte-tenu de ces incertitudes, il faut conseiller dès maintenant :

- de bien substituer en nicotine tous les fumeurs atteints de la Covid-19 qui arrêteraient de fumer à l'occasion de cette maladie (l'arrêt brutal de la nicotine pourrait avoir des effets délétères) ;

- d'étudier les effets de la nicotine non-fumée par voie générale – c'est ce qui est fait dans les 3 essais NICOVID conduits par l'AP-HP : essai préventif chez les soignants, effets curatifs chez les hospitalisés et les patients de réanimation – ou par voie locale ;
- de ne pas prendre de nicotine si on est non-fumeur en dehors de ces protocoles de recherche ;
- de surtout ne pas oublier que le tabac tue et ne sera jamais une solution !

Il reste cependant à expliquer l'effet préventif du tabagisme sur la baisse de l'incidence de la Covid-19, à confirmer que c'est bien la nicotine qui en est responsable, à analyser l'importance du mode d'administration de la nicotine par voie générale (patch, substituts oraux) ou locale, de l'administration continue ou avec intermittence de la nicotine – en effet dans l'épidémie du Charles de Gaulle, l'effet est maximum chez ceux qui fument tout au long de la journée, moindre chez ceux qui fument de 1 à 9 cigarettes par jour et faible chez les fumeurs non-quotidiens. ■

Afin de diversifier les supports, une équipe d'étudiants rompus à l'exercice radiophonique a été formée en décembre 2020 pour proposer des adaptations originales du contenu du dictionnaire sous

forme de podcasts audios. Une réflexion du même type se porte vers l'adaptation de notices sous format de brèves vidéos mêlant archives et discours historien. Enfin, le projet en est, aujourd'hui, au stade de la

recherche de partenariats de publications avec des institutions connectées au champ de la santé ou de la documentation historique. L'objectif est évidemment de pérenniser cet outil académique, pédagogique

et contributif original afin d'envisager à terme de nouvelles formes de valorisation et de nouveaux chantiers de recherche collective. ■

Pour en savoir plus : <http://dicopolhis.univ-lemans.fr/>

→ **PSYCHEDELICS & PSYCHOTHERAPY: THE HEALING POTENTIAL OF EXPANDED STATES**
 TIM READ, MARIA PAPASPYROU, GABOR MATÉ
 Park Street Press
 Broché : 424 pages

EXTRAIT
From Chapter 2.
Ayahuasca and Psychotherapy
 by Rachel Harris, Ph.D.

Years ago, in a land far away, I was talking with a Jungian analyst about his female client whose mother had died when she was a child. It seemed clear to me, a young therapist at the time, that this woman should have a female therapist. I blithely made my point with the kind of confidence only an inexperienced therapist is naive enough to express. The older therapist, steeped in the wisdom that Jungians attain after listening to thousands of dreams, patiently responded, "Yes, it will be the woman in me who heals her."

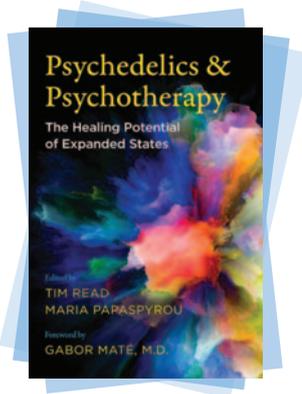
After decades in private practice, I often reflect back upon this snippet of conversation that turned out to be formative. The analyst exemplified how it's the relationship that heals as opposed to the specific therapeutic technique (Wampold 2015), and it's what we bring from our personal depths to that relationship that makes all the difference.

At some level, this is the essence of psychedelic psychotherapy. As therapists we have to be able to meet our clients in those mysterious realms that both open from within and also blast into outer space. We have to know how to access these mystical territories within ourselves in order to connect with our psychedelic clients who are exploring these otherworldly worlds. We have to know in our bones what they're talking about. It's the mystical traveler in ourselves that we must be able to bring to the therapeutic relationship...

Personal Experience

I must admit I've been hesitant to state unequivocally that it's better to see a therapist who has their own relationship with the spirit of ayahuasca. This is hardly a requirement in graduate school or for professional licensing. But I have experienced both sides of this equation and think it's a critical aspect of the therapeutic relationship.

During research interviews for my ayahuasca study (Harris 2017), which admittedly bordered on brief psychotherapy, I could feel in the person-to-person connection when



the spirit of ayahuasca arose in each of us and connected us at another level. I often asked the other person if they could sense her arrival and they usually agreed. This other worldly bond deepened our conversation and trust in each other as we talked about experiences that are difficult to capture in words or are outright ineffable.

I emailed a request to interview one of my research subjects five years after he had completed the questionnaire. He agreed and we talked on the phone. I wanted to follow-up with him because he had had a complex relationship with grandmother ayahuasca, feeling guilty that he hadn't lived up to her recommendations. He had not attended an ayahuasca ceremony during that five-year period and he continued to feel guilty. Fairly soon into our exploration of his relationship with this plant spirit, I asked him if he felt her presence, "now as we speak." He said, "Yes," almost immediately. I agreed and could feel our connection deepen into our shared mystery.

It's as though there's a third-party present a co-therapist for me and a supportive presence for the interviewee. Acknowledging my sense of the presence of ayahuasca between us is healing for the person I'm interviewing because it affirms their relationship with this plant spirit. Such recognition is important in our Western culture since the experience of the presence of a plant spirit is outside our consensus reality. Yet it's a significant aspect of the ayahuasca healing process that continues well after the ceremony ends.

On the other side of this equation, I've been seeing a Jungian therapist who has studied Hawaiian shamanism and even has an intimate connection with Hawaiian goddesses. I can sense that she's connected to those particular spirit realms, however, as I'm not, I don't join her in that other world. She understands these unseen realms but that's not the same as a shared

energetic connection. We still have a good working relationship in therapy, and I have clearly benefited and, at the same time, I know she cannot enter into my experiences with grandmother ayahuasca.

From an indigenous point of view, this concept of shared spirit realms is an accepted reality. Shamans can see into participants' visions during ceremonies and guide them through these other worlds. Also, shamans have been known to impart teachings to their protégés by appearing in their nighttime dreams. The medicine seems to open a link that allows for this level of communication...

Rupture in the Therapeutic Process

Even with the presence of ayahuasca and a strong therapeutic alliance, it's inevitable that a glitch will occur in the therapist-client relationship. One or the other will feel misunderstood, diminished in some way, and possibly frustrated, disappointed, or upset with the other. This disconnection is called a rupture in the moment-to-moment relationship between therapist and client and it usually means that one or the other's unconscious has been tweaked (Ginot 2012). It can be as small an interaction as:

- Client after an ayahuasca ceremony: With awe, "The lights were incredible, like fireworks."
- Therapist: Slightly impatient, "Yes, but what did you learn?"

A better response from the therapist would have simply been, "Uh huh..." a neutral acknowledgement to allow the client to continue to share. But this particular therapist happens to value insight and achievement, and she wanted to get into the depth work immediately. Her timing was off. A very simple rupture.

- Client: Startled by the abrupt shift, stutters, "I'm not sure, I just wanted to enjoy the beauty."
- Therapist: Realizing she's out of step, "I'm sorry, I rushed you. Please go on."
- Client: Accepting the repair, "Yes the lights were different this time --I could feel them streaming into my body..."

The rupture was not only about timing; it was in the wrong modality. "What did you learn?" requires a cognitive answer with linear thinking. Lights streaming into a body comes from the shamanic realm where miracles happen beyond explanation. Note the seamless shift from seeing the lights to the somatically based experience of feeling the lights enter the body. A therapist without ayahuasca experience

might at best consider "light streaming into a body" to be a metaphor. A therapist with experience recognizes that this is a direct description of the process of healing.

The challenge is how quickly can therapists catch themselves when they're out of attunement? And then, how quickly can they repair the disconnection and re-connect with the client?

From an intersubjective perspective, a rupture reflects both the client's and the therapist's psychic structure, what Bowlby (1969) called an internal working model. We have all constructed our egos to protect us and ensure our survival. Whatever our attachment experiences, we learned very early how to predict and understand our environment, how to survive and pursue a felt sense of safety (Pietromonaco and Barrett 2000). The egoic architecture we develop is typically rigid, unconscious, and reactively stubborn.

A rupture in the therapeutic relationship can entangle both the therapist's and the patient's ego. How the therapist responds in that moment can determine the course of treatment. Therapeutic skill is essential along with personal humility. In this moment, it is who the therapist is that is of utmost importance. How much awareness does the therapist have of her own psychic architecture and recurring patterns? How much flexibility does she have within her own ego structure to side step her most reactive patterns and find an elegant pathway to re-connection with the client?

It's tempting to think that if the therapist is experienced with ayahuasca, then surely, she is aware and flexible enough to respond artfully to the client. There's plenty of research showing an increase in cognitive flexibility with psychedelics (Carhart-Harris et al. 2014). On the other hand, we all know people who have been sitting in ceremonies for years and are still stuck in their familiar, repetitive patterns. It's our responsibility as therapists to catch ourselves in the moment when a rupture occurs and titrate a response specific for that client. Ayahuasca gives us the objectivity and space to dis-identify with our feelings and thoughts so that we have a split second not to react but to consciously choose how to respond. This is what integration looks like whether in our roles as psychotherapists or in our everyday lives. This is how we change our habitual patterns of perceiving and behaving. ■

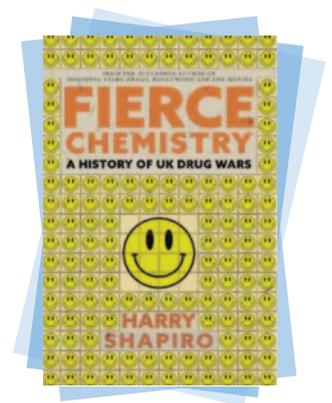
→ **FIERCE CHEMISTRY: HISTORY OF UK DRUG WARS**
HARRY SHAPIRO

Éditeur : Amberley Publishing
Relié : 320 pages

In July 1920, when the first Dangerous Drugs Act was passed, the UK drug scene was limited to small groups of Soho night people smoking opium and sniffing coke, and some middle- and upper-class people (mainly women) around the country quietly getting private morphine prescriptions from their GP. Now, exactly 100 years on, we have hundreds of thousands of

people using a whole smorgasbord of different drugs. How did that happen? The nineteenth century saw scientific developments whose unintended consequences laid the foundations for the modern explosion of recreational and chronic drug use, which has in turn sparked a worldwide effort to stop it. At first encouraged by the commercial opportunities afforded by widespread cures many consisting of little more than heroin or cocaine by the twentieth century a moral crusade had gathered force to curb this new social ill. In truth, although the dangers of drug use were very

real, the origins of the war against drugs stemmed from wider fears in society. In this new book, the culmination of a lifetime of research and writing on the topic, Harry Shapiro isolates the different elements behind the war on drugs to present an issue reaching boiling point. Using a range of interviews, documentation, private papers, government archives and studies from the Institute for the Study of Drug Dependence, Shapiro synthesises a tale of crime, money, politics and exploitation bigger than any country.



→ **THE WAR ON DRUGS: A HISTORY**
DAVID R FARBER

Éditeur : New York University Press

Fifty years after President Richard Nixon declared a "War on Drugs", leading scholars examine how drug war policies contributed to the making of the carceral state, racial injustice, deviant globalization, regulatory disasters, and a massive underground economy; they also point the way forward to a more just and humane drug policy regime.

→ **THIS IS YOUR MIND ON PLANTS**

MICHAEL POLLAN

Éditeur : Allen Lane
288 pages

From number one New York Times bestselling author Michael Pollan, a radical challenge to how we think about drugs, and an exploration into the powerful human attraction to psychoactive plants – and the equally powerful taboos.

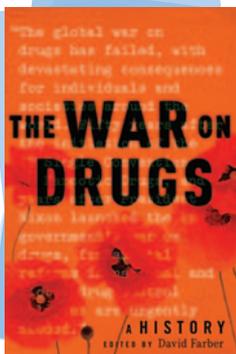
Of all the things humans rely on plants for – sustenance, beauty, medicine, fragrance, flavor, fiber – surely the most curious is our use of them to change consciousness: to stimulate or calm, fiddle with or completely alter, the qualities of our mental experience. Take coffee and tea: People around the world rely on caffeine to sharpen their minds. But we do not usually think of caffeine as a drug, or our daily use as an addiction, because it is legal and socially acceptable. So, then, what is a "drug"? And why, for example, is making tea from the leaves of a tea plant acceptable, but making tea from a seed head of an opium poppy a federal crime?



In *This Is Your Mind on Plants*, Michael Pollan dives deep into three plant drugs – opium, caffeine, and mescaline – and throws the fundamental strangeness, and arbitrariness, of our thinking about them into sharp relief. Exploring and participating in the cultures that have grown up around these drugs while consuming (or, in the case of caffeine, trying not to consume) them, Pollan reckons with the powerful human attraction to psychoactive plants. Why do we go to such great lengths to seek these

shifts in consciousness, and then why do we fence that universal desire with laws and customs and fraught feelings?

In this unique blend of history, science, and memoir, as well as participatory journalism, Pollan examines and experiences these plants from several very different angles and contexts, and shines a fresh light on a subject that is all too often treated reductively – as a drug, whether licit or illicit. But that is one of the least interesting things you can say about these plants, Pollan shows, for when we take them into our bodies and let them change our minds, we are engaging with nature in one of the most profound ways we can. Based in part on an essay published almost twenty-five years ago, this groundbreaking and singular consideration of psychoactive plants, and our attraction to them through time, holds up a mirror to our fundamental human needs and aspirations, the operations of our minds, and our entanglement with the natural world.



_ LIRE UTILE

→ **ÉCRANS : PRATIQUES (RÉALISTES) POUR PARENTS DÉSESPÉRÉS**

CORINNE ROEHRIG

Éditeur : Philippe Duval
Broché, 175 pages

Les écrans sont partout, tout comme les livres, la musique, la nature, le sport et les amis. Mais face aux écrans, la pression sociétale et commerciale fait croire aux parents que leurs compétences éducatives ne seraient plus opérationnelles. Pourtant les études scientifiques nous montrent l'inverse : observer, autoriser, limiter, dialoguer, ouvrir à d'autres horizons sont autant de chemins performants pour bénéficier des écrans sans les subir. Cet ouvrage a pour objet de rendre leurs compétences aux parents, de les aider à les redécou-

vrir, les mobiliser, les renforcer et croire à nouveau en eux. Il propose des outils d'observation et de régulation pragmatiques et réalistes, des pratiques familiales où la participation de chacun contribue à la maîtrise de tous.

→ **GRAND MANUEL DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL - PRATIQUES ET SAVOIR-FAIRE**

DAVID B. ROSENGREN

Éditeur : Interéditions
Manuel (broché), 576 pages

Best-seller depuis sa parution, ce manuel est devenu un classique en entretien motivationnel. Très pédagogue et pratique, il est construit de façon à être utilisable par tous les professionnels aux prises avec la problématique de

l'engagement dans le changement. Entièrement conçu pour faciliter l'apprentissage d'une pratique exigeante et passionnante, il met en lumière les mécanismes de l'efficacité de l'entretien motivationnel et donne à son lecteur les clés pour se les approprier et développer ses savoir-faire en entretien motivationnel.



AGENDA



→ CONGRÈS INTERNATIONAL DE BIARRITZ - ATHS "Addictions Toxicomanies Hépatites Sida"

Le congrès international de Biarritz, ATHS "Addictions Toxicomanies Hépatites Sida", se tiendra du **19 au 22 octobre 2021** au Centre de Congrès Le Bellevue à Biarritz.

Cette édition se concentrera sur les grandes thématiques addictions, réduction des risques et dommages liés à l'usage de substances et infectiologie (hépatites, VIH, etc.).

L'appel à communication est ouvert jusqu'au 30 juin 2021.

<https://www.aths-biarritz.com/>

→ CONGRÈS ALBATROS ET WADD

Cette année, l'ALBATROS et la WADD (World Association Dual Disorders) s'associent pour un congrès international autour du thème : "Quand les addictions mettent au défi les autres disciplines". Il aura lieu du **7 au 9 décembre 2021** au Novotel Tour Eiffel à Paris.

<https://www.congresalbatros.org/>



→ 25^{ES} RENCONTRES DU RESPADD "Des drogues en santé mentale"

3 et 4 juin, Dole

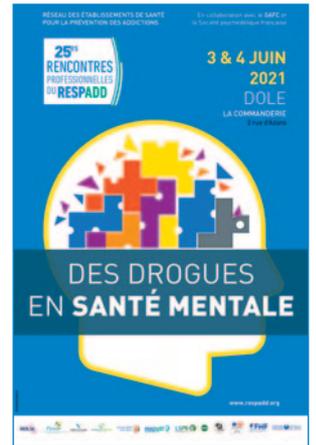
Programme et inscription

www.respadd.org

→ 10^{ES} JOURNÉES NATIONALES DE LA FÉDÉRATION ADDICTION

Après un nouveau report, les journées de la Fédération Addiction se tiendront les **23 et 24 septembre 2021**. Elles porteront sur la thématique suivante : "Pour une écologie de la santé : accompagner et coopérer".

<https://congres.federationaddiction.fr/index>



LIRE UTILE

→ LES INTERVENTIONS DE RENONCEMENT AU TABAC CHEZ LES FUMEURS PRÉSENTANT DES TROUBLES MENTAUX OU DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES

Synthèse des connaissances

SÉBASTIEN O'NEILL

MICHÈLE TREMBLAY

Direction du développement des individus et des communautés

Août 2020

Le Québec a connu un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, mais près de 1,3 million de Québécois âgés de 18 ans et plus affirmaient faire usage de la cigarette en 2015-16, ce qui représente 19 % de la population adulte du Québec. On observe de grandes disparités au sein de groupes particuliers. C'est le cas des personnes affectées par un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances. Ainsi, chez les Québécois affectés par un trouble mental, la prévalence du tabagisme atteint presque le double de celle de la population générale.

Ces inégalités en matière de tabagisme se traduisent en des inégalités pour ce qui est de la morbidité et de la mortalité prématurée. Ainsi, aux États-Unis, plus de 200 000 des 520 000 décès



attribuables au tabagisme surviendraient chez des fumeurs atteints de troubles mentaux. Ceux-ci décèderaient en moyenne 25 ans plus tôt de maladies cardiovasculaires, de maladies pulmonaires et de diabète, des maladies associées à l'usage du tabac. Cette synthèse des connaissances a donc été entreprise pour identifier les mesures et les interventions de renoncement au tabac efficaces ou prometteuses susceptibles de réduire l'usage du tabac chez cette clientèle

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2689_renoncement_fumeurs_troubles_mentaux_substances.pdf



→ SANS ALCOOL : LE JOUR OÙ J'AI ARRÊTÉ DE BOIRE

CLAIRE TOUZARD

Éditeur : Flammarion

Broché : 220 pages

En France, on s'avoue rarement alcoolique. Quand on boit on est festif, irrévérent, drôle. Français. Un jour pourtant, Claire arrête de boire. Elle prend conscience que cet alcool, prétendument bon-vivant, est en vérité en train de ronger sa vie. Il noyauté ses journées, altère sa pensée, abîme ses relations. En retraçant son passé, elle découvre à quel point l'alcool a été le pilier de sa construction et de son personnage de femme. *Sans alcool* est le journal de son sevrage. Un chemin tortueux, parfois rocambolique, à travers son intimité. Une quête de libération complexe, dans un pays qui sanctifie le pinard. L'autrice affronte son passé, l'héritage familial, le jugement des autres. Son récit interroge, au-delà de son expérience. Pourquoi boire est une telle norme sociale ? Alors qu'on lui a toujours vendu la sobriété comme le choix des cons et des culs bénis, elle réalise qu'on l'a sans doute flouée. Être sobre est bien plus subversif qu'elle ne l'imaginait.

La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel

du Respadd

Avril 2021 - N° 40

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 :

Guylaine Benech, Bertrand

Dautzenberg, Hervé Guillemain

© Textes et visuels : Respadd 2021

Bernard Artaf Graphisme

Imprimerie Peau

Tirage : 4 000 exemplaires