

COMPRENDRE › SAVOIR › AIDER ›



DRUGUES

ET CONDUITES ADDICTIVES



DROGUES

ET CONDUITES ADDICTIVES

SOMMAIRE

▶ AVANT-PROPOS 4

▶ POUR ALLER PLUS LOIN

- SÉLECTION D'OUVRAGES 216
- CHIFFRES CLÉS: SOURCES 220
- INDEX 222

COMPRENDRE

- ▶ L'HOMME ET LES « DROGUES »,
UNE LONGUE HISTOIRE... 8
 - ▶ POURQUOI SONT-ELLES CONSOMMÉES? 16
 - ▶ COMMENT AGISSENT-ELLES SUR LE CERVEAU? 18
 - ▶ USAGES ET TROUBLES 26
 - ▶ FACTEURS DE RISQUE, FACTEURS
DE PROTECTION 31
 - ▶ QU'EST-CE QUE LA PRÉVENTION?
QU'EST-CE QUE LA RÉDUCTION DES RISQUES?
QUELLE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN? 34
- ▶ CHIFFRES CLÉS 46

SAVOIR

▶ LES SUBSTANCES LICITES RÉGLEMENTÉES

- L'ALCOOL 58
- LE TABAC 80
- LES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS 100
- AUTRES SUBSTANCES LICITES DÉTOURNÉES DE LEUR USAGE 110

▶ LES SUBSTANCES ILLICITES

- LE CANNABIS 116
- LA COCAÏNE 132
- AMPHÉTAMINES, MDMA (ECSTASY) ET NOUVELLES DROGUES DE SYNTHÈSE 144
- L'HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS 152
- AUTRES SUBSTANCES ILLICITES 162

▶ LES POLYCONSOMMATIONS 172

▶ LE DOPAGE ET LES CONDUITES DOPANTES 178

AIDER

▶ INFORMER 202

▶ ÉCOUTER ET ORIENTER 204

▶ ACCOMPAGNER ET SOIGNER 210

AVANT-PROPOS

Fruit de la collaboration des principaux acteurs publics de prévention, cet ouvrage dresse un nouvel état des lieux des conduites addictives. Celles-ci évoluent en permanence, en fonction de la disponibilité des substances psychoactives et des nouveaux comportements de consommation : « binge drinking », polyconsommations, culture domestique de cannabis, achat de produits de synthèse sur Internet, dopage sportif et conduites dopantes...

Destiné en première intention aux professionnels de la santé, du social et de l'éducation, auxquels il apporte toutes les connaissances utiles à leurs missions (notamment celle d'orienter vers les dispositifs d'accompagnement et de soin adaptés), ce livre s'efforce d'aborder les consommations de produits psychoactifs sans préjugés ni idéologie.

Les enjeux sont importants : débanaliser les premières consommations des jeunes pour mieux les prévenir ; expliquer les dangers et les interdits ; repérer et intervenir le plus précocement possible ; réduire les dommages ; changer de regard sur les consommateurs (jeunes, moins jeunes, insérés ou en situation de précarité...) afin de mieux répondre à leurs besoins.

Parce qu'il ne peut y avoir de prise de conscience sans connaissance, et parce que l'information est le premier niveau de la prévention, les pouvoirs publics ont placé la recherche et la mise à disposition de nouvelles données au cœur de leur stratégie de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Drogues et Conduites addictives s'appuie donc sur les chiffres de consommation et sur les résultats de recherche les plus récents. Il évoque notamment la vulnérabilité du cerveau à l'adolescence, période à laquelle les consommations d'alcool ou de cannabis sont susceptibles de provoquer des troubles cognitifs persistants, même après le sevrage. Ces récents acquis de la science sont encore trop peu connus.

Nous invitons tous les professionnels à relayer ces informations auprès du plus grand nombre. Chacun d'entre nous est susceptible d'être confronté aux conduites addictives, pour soi-même ou pour un proche. Mieux nous les comprendrons, mieux nous agirons.

DANIÈLE JOURDAIN-MENNINGER
Présidente de la MILDECA

THANH LE-LUONG
Directrice générale de l'Inpes

COMPRENDRE

| | |
|---|----|
| ▶ L'HOMME ET LES « DROGUES », UNE LONGUE HISTOIRE... | 8 |
| ▶ POURQUOI SONT-ELLES CONSOMMÉES ? | 16 |
| ▶ COMMENT AGISSENT-ELLES SUR LE CERVEAU ? | 18 |
| ▶ USAGES ET TROUBLES | 26 |
| ▶ FACTEURS DE RISQUE, FACTEURS DE PROTECTION | 31 |
| ▶ QU'EST-CE QUE LA PRÉVENTION ? QU'EST-CE QUE LA RÉDUCTION DES RISQUES ? QUELLE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN ? | 34 |
| ▶ CHIFFRES CLÉS | 46 |





L'Homme et les "drogues", une longue histoire...

La consommation de substances psychoactives est ancestrale. Il y a longtemps que l'Homme a découvert les effets de certaines plantes: les feuilles de cannabis et de coca étaient consommées il y a des millénaires; le tabac était fumé en Amérique il y a plus de 3 000 ans; l'alcool, produit de la fermentation de grains, de fruits ou de racines, était connu des Babyloniens et des Égyptiens; la médecine grecque antique utilisait l'opium et en signalait déjà les dangers... Ces produits, dont les usages variaient selon les cultures et les traditions, étaient utilisés pour soigner ou lors de fêtes, rituels ou cérémonies, afin de modifier l'état de conscience et renforcer les liens entre les individus ou avec les entités spirituelles peuplant leur environnement.

Pipes à opium.

Qu'est-ce qu'une substance psychoactive ?

- Une substance est dite psychoactive lorsqu'elle agit sur le cerveau, modifiant certaines de ses fonctions, avec comme conséquences:
 - des changements au niveau de la perception (visuelle, auditive, corporelle), des sensations, de l'humeur, de la conscience, du comportement;
 - des effets physiques et psychiques variables selon les substances, les doses consommées, les associations de produits.
- Les effets ressentis peuvent être perçus comme agréables ou désagréables, notamment selon qu'ils sont recherchés par le consommateur ou non. Certains effets psychiques ou physiques peuvent s'avérer dangereux, soit immédiatement, soit de manière différée, soit encore lorsque les prises sont répétées.
- Les substances psychoactives peuvent engendrer des troubles liés à leur usage ou mésusage [voir p. 22 et 28].
- Une substance psychoactive peut être:
 - d'origine « naturelle » (extraite d'une plante ou d'un champignon, à l'état quasi brut ou retraitée chimiquement) ou « synthétique » (totalement fabriquée en laboratoire à partir de produits chimiques);
 - licite (usage et vente autorisés par la loi mais réglementés) ou illicite (usage et trafic interdits par la loi).

Pourquoi préfère-t-on aujourd'hui ce terme à celui de « drogue » ?

- Le mot « drogue » peut prêter à confusion car il a plusieurs sens. Autrefois, il désignait un médicament, une préparation des apothicaires (ancêtres des pharmaciens) destinée à soulager une maladie. Puis il a été utilisé pour désigner exclusivement les substances illicites. Aujourd'hui, pour nommer l'ensemble des produits qui agissent sur le cerveau (y compris le tabac et l'alcool), on utilise le terme plus neutre et plus précis de substance psychoactive.

Au XIX^e siècle, les chimistes parviennent à identifier et à extraire, à des fins médicales, le principe actif de certaines substances: la cocaïne (utilisée comme anesthésique local ou dans le traitement des maladies respiratoires) est extraite des feuilles de coca; la morphine, puis l'héroïne (utilisée contre la toux, l'asthme... et l'accoutumance à la morphine) sont extraites de l'opium.




Médicament du début du XX^e siècle contenant de la cocaïne.

Plus puissantes, ces substances sont également plus dangereuses et les professionnels de santé découvrent peu à peu qu'elles entraînent une mauvaise « balance » bénéfices-risques.

Par ailleurs, elles sont parfois détournées de leur usage de soin.

Dans les années 1920, en Europe et en Amérique du Nord, l'extension relative (limitée alors pour l'essentiel aux milieux scientifiques et artistiques) du nombre de consommateurs entraîne une prise de conscience des dangers de ces produits, que les États commencent alors à réglementer pour en limiter ou interdire l'usage non médical. Celui-ci semble ensuite décliner à partir des années 1930 et, au milieu du XX^e siècle, il n'est plus considéré comme un problème de santé publique.



À partir des années 1960, cependant, les usages de substances psychoactives redeviennent une préoccupation forte des pouvoirs publics. Le cannabis se diffuse alors plus largement chez les jeunes. Des drogues hallucinogènes (susceptibles de provoquer des hallucinations, comme la mescaline ou le LSD) sont expérimentées. L'héroïne et la cocaïne amorcent également leur retour: favorisée par la constitution ou l'extension de réseaux criminels internationaux, leur consommation – notamment par voie intraveineuse (injection) – se développe dans les années 1970 et 1980 dans les pays occidentaux (dont la France), avec des conséquences parfois dramatiques: surdoses (overdoses), contaminations par le VIH/sida et par le virus de l'hépatite C.

Les États réagissent. En 1961 est ratifiée à New-York une convention internationale qui établit une liste de produits dits « stupéfiants » interdits ou strictement réglementés. Y figurent notamment la coca, le cannabis, l'opium et de nombreux dérivés (morphine, héroïne, cocaïne...). Une liste complémentaire de substances psychoactives synthétiques (dont les amphétamines) est établie en 1971 lors d'une nouvelle conférence. Une troisième grande convention internationale, en 1988, établit une liste de précurseurs¹ et renforce la coopération internationale contre le crime organisé et le trafic. Les pays signataires de ces différentes conventions, dont la France, adaptent leur législation à ces textes.


1. Produits chimiques utilisés pour fabriquer les substances.



Flacons de méthadone.

Pour limiter la transmission du VIH chez les usagers de drogues,

les pays occidentaux mettent en œuvre des politiques dites de réduction des risques [voir p. 37]. En France, l'État autorise la vente libre de seringues en pharmacie (1987), développe des programmes d'échange de seringues, autorise l'accès des personnes dépendantes à l'héroïne aux médicaments de substitution aux opiacés (MSO): méthadone en 1995, buprénorphine haut dosage (BHD) en 1996. Les résultats de cette politique sont très positifs, notamment en France, avec une diminution pendant près de vingt ans du nombre de surdoses (overdoses) et des contaminations par le VIH/sida, ainsi qu'un net affaiblissement de la demande d'héroïne.



Au cours des années 1990, le développement en Europe du mouvement culturel alternatif techno s'accompagne de la diffusion de l'usage d'une substance amphétaminique, la MDMA (ecstasy), dont les effets apparaissent en phase avec cet univers: endurance (pour danser toute la nuit, voire plusieurs jours de suite), ressenti particulier de la musique, sentiment d'empathie et désinhibition favorisant la convivialité. La MDMA / ecstasy n'est pas le seul produit consommé dans ce cadre: le cannabis y est très largement consommé; la cocaïne, les amphétamines ou les substances hallucinogènes y sont également expérimentées. Les substances y sont peu injectées, mais avalées, sniffées ou fumées. Au début des années 2000, le nombre d'amateurs de musiques techno augmente considérablement et les codes culturels attachés à ce mouvement se diluent, avec une diffusion plus large de ces substances associées à la « fête ».

Aujourd'hui, le cannabis est régulièrement consommé par un grand nombre de jeunes, même si une majorité (57,5 % des jeunes de 17 ans) ne l'a jamais expérimenté. À un niveau de consommation certes très inférieur (3,8 % des 18-64 ans déclaraient l'avoir expérimentée en 2010), la cocaïne se diffuse au-delà de son public favorisé d'origine. De nouvelles substances de synthèse sont diffusées *via* Internet [voir encadré p. 15]. Les usagers de substances psychoactives illicites autres que le cannabis sont peu nombreux, mais beaucoup d'entre eux sont des polyconsommateurs, c'est-à-dire qu'ils consomment plusieurs substances [voir p. 172]. En revanche, une majorité des expérimentateurs ou des usagers de cannabis n'a jamais consommé d'autres produits illicites.

Les agences internationales et les États essaient de s'adapter à une offre et une demande en constante évolution, et de démanteler les cultures illicites et les trafics. Les listes de produits psychoactifs interdits ou réglementés sont régulièrement actualisées pour y inclure les nouvelles substances de synthèse. Chaque pays tente d'articuler au mieux réglementation, prévention, réduction des risques, accompagnement et soin [voir p. 34], afin de réduire les problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de ces substances.



Internet et les nouveaux produits de synthèse

Depuis quelques années apparaissent régulièrement² de nombreuses nouvelles substances psychoactives synthétiques, totalement fabriquées en laboratoire, d'où leurs appellations en anglais « research chemicals » (RC) ou « designer drugs ». Certaines imitent les effets du cannabis [voir p. 119], d'autres les effets de la cocaïne [voir p. 135], de la MDMA / ecstasy ou des amphétamines [voir p. 147].

- La première spécificité de ces substances est qu'elles sont fabriquées à partir de molécules inédites qui ne sont donc pas immédiatement classées comme « stupéfiants » lors de leur création. Elles échappent donc provisoirement – le temps pour les États ou les organisations internationales de les recenser et de les interdire – à la législation sur les stupéfiants, d'où leur autre fausse appellation de « legal highs ». Pour améliorer leur vitesse de réaction, les pouvoirs publics classent désormais en une seule fois des familles entières de molécules similaires.
- La seconde spécificité de ces substances tient à leur mode de diffusion et de promotion: Internet. Les sites de vente en ligne utilisent des serveurs hébergés dans des pays qui permettent d'échapper aux réglementations nationales. Les vendeurs adoptent des stratégies marketing pour cibler différents publics: les prix sont attractifs, les formes des substances familières (ressemblant à celles de produits déjà connus). L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a identifié quatre types de sites de vente en ligne: les sites « commerciaux », ceux destinés à un public averti, les sites du « deep web » (réseaux cachés, non accessibles aux moteurs de recherche, avec des adresses confidentielles) et les sites de petites annonces. Les réseaux sociaux servent assez souvent de relais publicitaires aux produits et aux sites. Si les consommations de ces nouvelles substances de synthèse sont encore marginales, leur accessibilité sur Internet pourrait entraîner une augmentation du nombre de consommateurs. Selon l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), la proportion des Européens de 15-24 ans ayant recours à Internet pour s'informer sur ces produits est passée de 30 % à 64 % entre 2002 et 2011.

2. L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies a pour l'instant recensé plus de 200 nouvelles substances.

Pourquoi sont-elles consommées ?

Les motivations des consommateurs sont diverses et varient selon les individus, les substances et la fréquence des consommations.

Une fois, pour voir (expérimentation)

Envie d'essayer, de découvrir de nouvelles sensations, de marquer une transgression (vis-à-vis de la loi, des règles de la société ou du monde adulte), de s'intégrer à un groupe...

De temps en temps

Plaisir de retrouver certaines sensations jugées agréables, recherche de convivialité, désir ponctuel d'améliorer ses performances (intellectuelles, physiques, sportives, « festives », sexuelles)...

Assez souvent

Quête de la performance, recherche plus systématique de certaines sensations jugées agréables ou qui pallient un manque, remédient à un mal-être, mettent à distance ou permettent de fuir la réalité...

Tous les jours

Besoin de certaines sensations devenues indispensables, besoin de la substance pour faire disparaître les symptômes de sevrage ou une souffrance psychique latente...



Comment agissent-elles sur le cerveau ?

Les substances psychoactives perturbent la transmission entre les neurones³ des « informations » responsables de nos perceptions, sensations, émotions, humeurs...

À l'intérieur d'un neurone, les informations passent, sous forme d'activité électrique (appelée « influx nerveux »), des dendrites vers le corps cellulaire (où elles sont « traitées »), puis du corps cellulaire vers l'axone. Pour passer d'un neurone à un autre, l'influx nerveux électrique se transforme en messages chimiques qui prennent la forme de substances secrétées par le neurone : les neuromédiateurs (ou neurotransmetteurs).

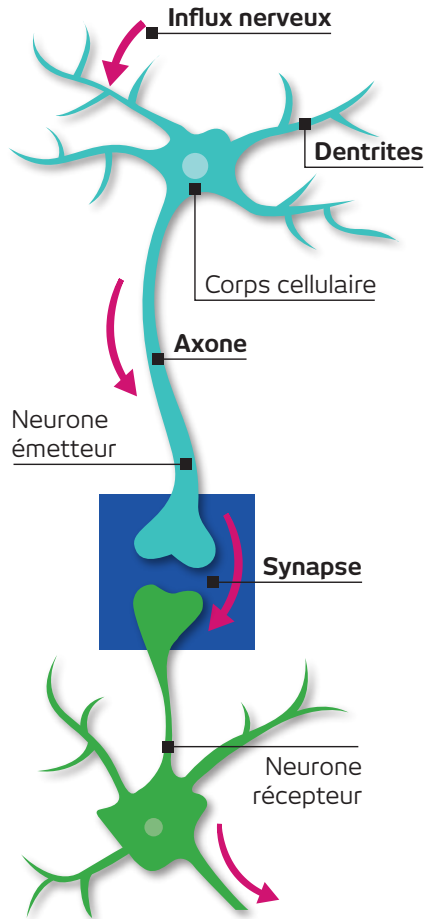
Il existe près d'une centaine de neuromédiateurs différents : la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline, l'endorphine, les cannabinoïdes, les opioïdes, l'acétylcholine...

La fonction des neuromédiateurs est double :

- ils véhiculent l'information de neurone à neurone [Figure 1];
- ils ont une action régulatrice sur le circuit de l'information entre neurones.

Certains la stimulent, l'accélèrent ; d'autres l'atténuent, la freinent.

3. Cellules du système nerveux central (cerveau) et périphérique (intestins) composées d'un corps cellulaire et de plusieurs ramifications : les dendrites (ramification multiple) et l'axone (ramification unique). Il y a plus de 100 milliards de neurones dans le cerveau, chaque neurone étant en connexion avec des milliers d'autres.



[Figure 1]

Circuit d'information entre deux neurones

Exemple de la dopamine

Le neuromédiateur (ici, la dopamine) secrété par le premier neurone traverse l'espace situé entre les deux neurones et rejoint le deuxième neurone où il se fixe sur des récepteurs.

À chaque neuromédiateur correspond un récepteur spécifique, capable de le reconnaître et de le réceptionner. Cette connexion entre deux neurones est appelée « synapse ».

Une substance psychoactive, dont la structure moléculaire ressemble à celle d'un neuromédiateur produit naturellement par l'organisme, peut, du fait de cette ressemblance, agir sur le système de transmission de l'information au niveau de la synapse.

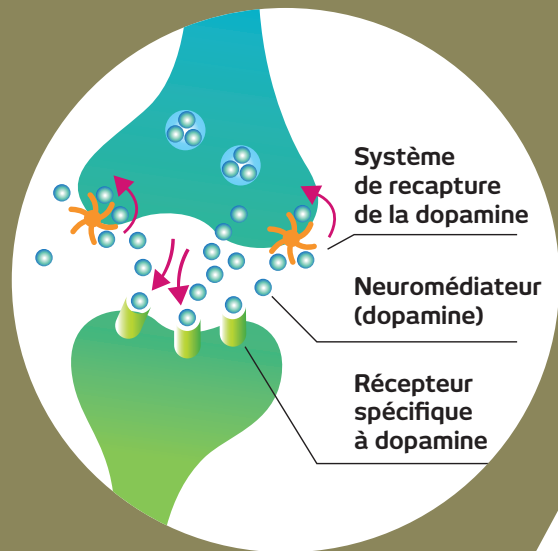
Cette action peut prendre plusieurs formes :

- certaines substances psychoactives imitent les neuromédiateurs naturels et se substituent à eux dans les récepteurs : la morphine, par exemple, s'installe dans les récepteurs à endorphine ; la nicotine, dans les récepteurs à acétylcholine ;
- certaines substances augmentent la sécrétion ou la concentration d'un neuromédiateur naturel [Figure 2] ;
- certaines substances bloquent les récepteurs d'un neuromédiateur naturel ; par exemple, l'alcool bloque les récepteurs activés par le glutamate et la glycine (essentiels pour la mémoire et la plasticité des synapses).

[Figure 2]

Action de la cocaïne sur le transport de dopamine

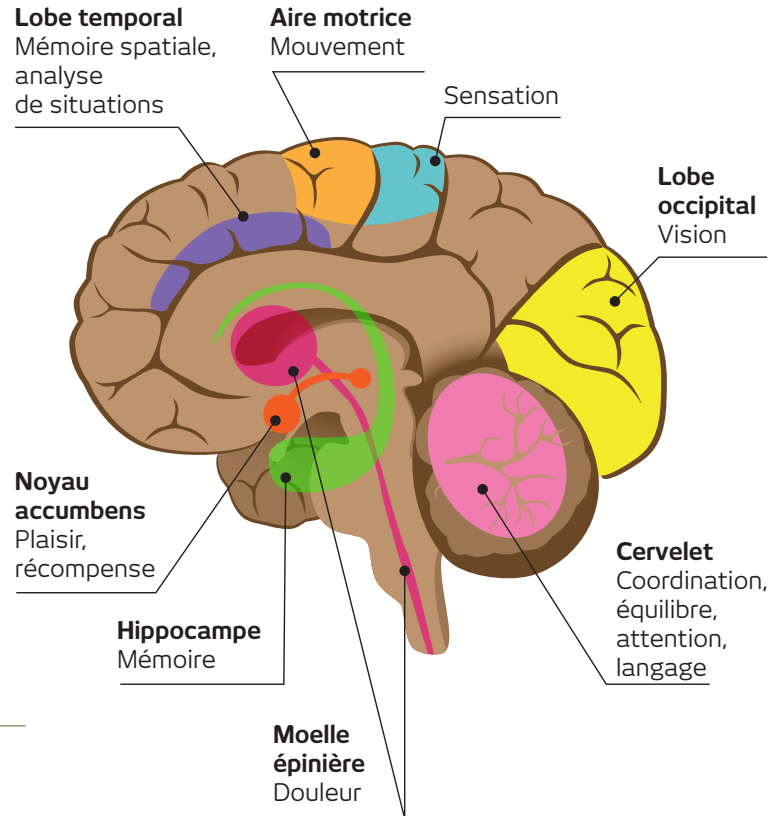
La cocaïne bloque le système de recapture de la dopamine dans la synapse. Ceci entraîne, entre les neurones, une surconcentration de dopamine.



Quelle que soit la modalité d'action, la conséquence est la même: l'information qui circule entre les neurones est brouillée, altérée; les perceptions changent, les sensations sont aiguës ou atténuées, l'humeur est exaltée ou tranquillisée...

Toutes les zones du cerveau peuvent être affectées [Figure 3] et avec elles les « fonctions » psychiques et physiques qu'elles activent: raisonnement, mémoire, sensations, vision, coordination, douleur...

[Figure 3]
Zones du cerveau
et « fonctions » pouvant être affectées
par une substance psychoactive



Pour expliquer la difficulté de certains usagers à arrêter ou contrôler leur consommation (addiction), on a longtemps mis en avant le rôle central d'un neuromédiateur: la dopamine.

Les substances addictives ont en effet comme propriété de libérer ce neurotransmetteur qui active différentes zones du cerveau reliées entre elles (« circuit de la récompense »). Cette libération de dopamine procure un afflux de plaisir; en contrepartie de ce plaisir, la substance va « demander » au cerveau de continuer à la consommer. Le trouble de l'usage s'expliquerait ainsi par la dérégulation des neurones à dopamine.

Aujourd'hui, de nombreuses explications complémentaires sont avancées, par exemple:

➤ Des chercheurs⁴ ont identifié chez certains consommateurs un manque de plasticité des synapses dans une zone clé du cerveau. Ce défaut entraînerait une incapacité à contre-carrer les modifications cérébrales provoquées par la substance psychoactive. Elle expliquerait que leur comportement persiste malgré les contraintes (difficulté à se procurer la substance, conséquences sur la vie sociale et la santé..) et devienne de plus en plus compulsif, avec une perte de contrôle et l'installation d'un trouble.

⁴ Kasanetz F., Deroche-Gamonet V., Berson N., Balado E., Lafourcade M., Manzoni O., Piazza P.V. « Transition to Addiction is Associated with a Persistent Impairment in Synaptic Plasticity ». Science, vol 328, n° 5986, 25 juin 2010.

Pour ces chercheurs, c'est dans le cerveau des usagers qui ne développent pas de trouble que se pourrait se trouver la clé d'une thérapie. La compréhension des mécanismes biologiques qui leur permettent de maintenir une consommation contrôlée pourra peut-être fournir les outils pour combattre l'état d'anaplasticité chez les usagers vulnérables.

➤ Selon d'autres chercheurs⁵, l'émergence de troubles liés à l'usage de substances psychoactives s'expliquerait par la dissociation entre deux « systèmes » clés du cerveau chargés de percevoir l'environnement. Le premier système, activé par le neuromédiateur noradrénaline, a pour fonction de stimuler la perception, de la rendre plus vive, plus saillante. Un deuxième système, activé par le neuromédiateur sérotonine, est chargé de réguler, de modérer les impulsions et les envies.

En temps normal, ces deux systèmes sont liés et se contrôlent mutuellement: l'activation de l'un entraîne l'activation de l'autre. L'effet de certaines substances addictives (tabac, alcool, héroïne, cocaïne...) est d'activer simultanément et très brutalement les deux systèmes, ce qui crée du plaisir mais provoque la dissociation des deux systèmes. La personne qui consomme régulièrement ces substances est comme « dé-couplée », il n'y a plus de lien entre le désir et le contrôle: tout événement émotionnel intense provoque un besoin compulsif de la substance pour pouvoir « amortir » cet événement et le moduler.

5. Tassin J.-P. « Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction ». *Psychotropes* 3/2008 (vol. 14), p. 11-28.

L'usage de certaines substances pourrait affecter le développement du cerveau adolescent

Les effets de l'alcool sur le cerveau adolescent⁶ sont les mieux documentés.

- La consommation d'alcool, notamment l'intoxication massive (par exemple, le « *binge drinking* »), a des effets neurotoxiques prononcés sur le cerveau adolescent, avec des conséquences sur les capacités d'apprentissage et de mémorisation.
- Une consommation d'alcool ponctuelle importante pendant l'adolescence affecte l'apparition de nouveaux neurones (neurogénèse).
- Des études sur modèles animaux ont confirmé la plus grande vulnérabilité aux troubles liés à l'alcool des sujets adultes ayant été exposés à des intoxications répétées à l'adolescence.

Le cerveau adolescent pourrait aussi être particulièrement vulnérable au cannabis.

- Des recherches ont montré que les troubles cognitifs liés à l'usage de cannabis sont corrélés à la dose, à la fréquence, à la durée d'exposition et à l'âge de la 1^{re} consommation. Ces troubles peuvent persister à long terme, même après sevrage, notamment si la consommation a débuté avant l'âge de 15 ans.
- Des études sur modèles animaux ont montré que l'exposition précoce au cannabis induit des perturbations (cognitives, physiologiques et comportementales) comparables à celles observées dans des modèles de schizophrénie; ces perturbations peuvent persister à long terme, même après sevrage.

Ces nouvelles connaissances⁷ renforcent l'idée qu'il est important d'éviter ou de retarder le plus possible l'âge de la rencontre avec ces produits.

6. L'adolescence est, après le début de la petite enfance, la seconde grande phase de développement du cerveau, avec d'importantes modifications : diminution du volume de la substance grise, renforcement de la connectivité entre les neurones de la substance blanche.

7. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Conduites addictives chez les adolescents*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : 504 p.

La neurobiologie et la neuro-imagerie permettent d'objectiver les aspects physiologiques de l'addiction. Mais elles ne rendent pas compte de tous les phénomènes (psychologiques, culturels, sociaux...) qui sont à l'œuvre. D'où l'intérêt d'une approche multidisciplinaire.

Il existe de nombreuses théories de l'addiction. Le psychologue anglais Robert West en a recensé une trentaine, qu'il a regroupées en quatre catégories. L'addiction peut ainsi être envisagée comme :

- 1)** un choix individuel (plus ou moins) rationnel. L'individu fait un choix à chaque fois qu'il consomme, il n'y aurait donc pas de perte de contrôle ;
- 2)** la réponse à une impulsion de consommer (due à l'action de la substance sur le cerveau) et la capacité à y résister ou non ;
- 3)** un ensemble d'habitudes, d'apprentissages, de rituels, de conditionnements ;
- 4)** un phénomène culturel et social. Les substances et les façons de les consommer se diffusent de façon variable dans le temps et l'espace (modes ou épidémies).

Selon West, qui a tenté de synthétiser ces différentes théories⁸, la réponse de l'individu (consommer ou pas) dépend à chaque fois de désirs, d'impulsions, d'inhibitions, mais aussi d'évaluations et d'objectifs rationnels consciemment construits. Sa motivation est toujours instable. Son intention matinale de ne pas consommer n'aura aucun poids plus tard dans la journée car son système motivationnel aura été reconfiguré.

⁸. West R. *Theory of addiction*. Londres: Wiley-Blackwell; 2013: 274 p.

Usages et troubles

Jusqu'en 2013, les usages de substances psychoactives étaient classés de la manière suivante par les professionnels spécialisés de l'*American Psychiatric Association (APA)*:

➤ **L'usage (à risque):** consommation n'entraînant pas forcément de dommages immédiats pour le consommateur ou pour autrui mais comportant cependant des risques dans certaines situations (grossesse, conduite de véhicule / machine, association avec l'alcool, d'autres substances psychoactives ou certains médicaments...) ou chez des personnes physiquement ou psychologiquement vulnérables.

➤ **L'usage nocif (ou abus):** mode de consommation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des quatre manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois:

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. Problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation d'une substance.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

➤ **La dépendance:** mode de consommation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, caractérisé par la présence d'au moins trois des sept manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - apparition de symptômes, variables selon la substance⁹;
 - la même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

9. Douleurs avec les opiacés, tremblements avec l'alcool, convulsions avec les benzodiazépines... Souvent accompagnés de troubles du comportement (anxiété, irritabilité, agitation, insomnie...), ces symptômes disparaissent lorsque la substance est à nouveau consommée. Ils peuvent être limités par une diminution progressive des doses et un accompagnement médical.

3. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
6. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation du produit.
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Dans sa dernière Classification internationale des maladies (CIM version 10, 1992), l'Organisation mondiale de la santé propose une définition légèrement différente de la dépendance¹⁰. Une nouvelle version de la CIM (version 11) est en cours d'élaboration.

10. www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr

En 2013, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux¹¹ de l'APA apporte les modifications suivantes :

➤ Elle supprime les notions d'usage nocif (abus) et de dépendance pour les regrouper en un seul diagnostic de « troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un addictif »¹².

➤ Les critères diagnostiques de ces troubles sont presque identiques à ceux de l'usage nocif (abus) et de la dépendance des classifications antérieures combinés en une seule liste, à deux exceptions près : le critère de « problèmes judiciaires récurrents » a été retiré, le critère de « craving »¹³ a été ajouté.

11. American Psychiatric Association. *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5^e édition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013.

12. Addictif : dans le cas d'une addiction sans substance, comme le jeu pathologique.

13. Désir fort, pulsion à consommer une substance psychoactive ou à s'engager dans un comportement addictif (jeu pathologique).

➤ Il y a « trouble » quand au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période de douze mois :

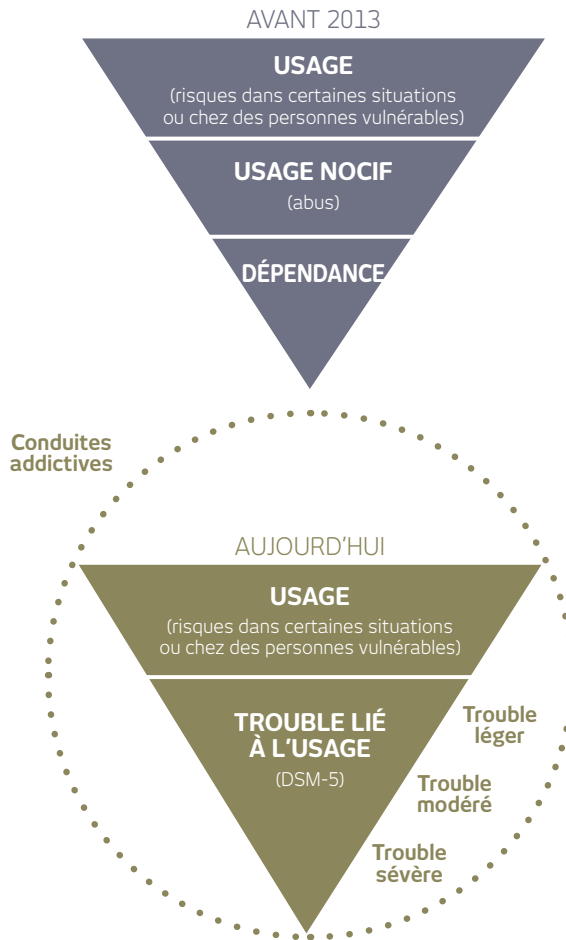
1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. Problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation d'une substance.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;

- effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
6. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants:
 - apparition de symptômes, variables selon la substance;
 - la même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
 7. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
 8. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
 9. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
 10. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation du produit.
 11. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.
- La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés:
- 2-3 critères : trouble léger;
 - 4-5 critères : trouble modéré;
 - 6 critères ou + : trouble sévère.

➤ **Le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique mais il n'est souvent pas perçu par l'utilisateur qui pense maîtriser sa consommation.** Pour les acteurs de prévention, cela justifie une action le plus en amont possible, d'abord pour éviter si possible l'entrée en consommation, puis, si cette consommation n'a pu être évitée, pour éviter l'apparition d'un trouble ou réduire sa sévérité.

➤ **Aujourd'hui, on parle de « conduites addictives »¹⁴** pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner (ou pas) un trouble.

¹⁴. Terme repris par le décret modifiant les articles R. 3411-11 et R. 3411-13 du code de la santé publique, qui étend le périmètre des missions de la MILDECA à l'ensemble des conduites addictives, entérinant son intervention en matière de tabac, d'alcool et d'addictions sans substance.



Facteurs de risque, facteurs de protection

Certains éléments peuvent favoriser une consommation, en aggraver les dommages... ou, au contraire, les prévenir ou les atténuer.

Le produit

Toutes les substances psychoactives sont toxiques. Chacune a son propre niveau ou degré de toxicité. Certaines substances sont « coupées » (mélangées) avec d'autres produits eux-mêmes parfois toxiques.

La dose

Plus la dose (en quantité et/ou en concentration) est importante, plus les risques sont élevés.

Le mode de consommation

Certains risques sont plus particulièrement liés à certains modes de consommation. Par exemple, les risques d'infections sont particulièrement importants en cas de pratique de l'injection (ils existent aussi, dans une moindre mesure, en cas de pratique du « sniff »).

La polyconsommation

La consommation simultanée ou étalée dans le temps de plusieurs substances psychoactives accroît certains risques [voir p. 172].

La fréquence et la durée de consommation

Occasionnelle / régulière / quotidienne... pendant quelques mois / quelques années / toute une vie.

La précocité des consommations

Commencer à consommer très jeune (en particulier pour l'alcool) peut entraîner un trouble lié à l'usage ou le passage à d'autres produits. Commencer à fumer du tabac jeune est souvent un préalable à la consommation de cannabis (le plus souvent mélangé à du tabac). Des troubles cognitifs à long terme (qui peuvent persister même après un sevrage) ont été associés à des consommations précoces importantes d'alcool ou de cannabis (voir p. 24).

Certaines situations

Consommer est plus risqué à certains moments, dans certains lieux, lors de certaines activités.

Exemples: être enceinte, conduire un véhicule, utiliser certaines machines, consommer sur un chantier, à un poste de sécurité ou dans de mauvaises conditions d'hygiène (consommer dans des toilettes, partager son matériel de consommation avec d'autres usagers)...

La personne

Les individus ne sont pas égaux face aux substances psychoactives. Certains sont plus vulnérables (physiquement, psychologiquement, génétiquement...) que d'autres aux effets et aux risques, dont le risque de développement d'un trouble lié à l'usage. La présence préalable de symptômes psychiatriques est un important facteur de risque.

Ses connaissances

La connaissance des produits, de leurs risques et de ceux de la polyconsommation, ainsi que la connaissance de ses propres limites peuvent être des facteurs de protection.

Ses compétences

Développer son esprit critique, résister aux influences (pairs, dealers, industrie du tabac et de l'alcool...), adopter les comportements de prévention et de réduction des risques sont des facteurs de protection.

Ses proches (parents, famille, amis)

Pour les jeunes, le rôle des parents est essentiel: accompagner et soutenir dans les moments difficiles, offrir un cadre structurant avec des repères et des limites... Un climat familial favorable (bonne entente entre parents et jeunes, connaissance par les parents de l'entourage et des activités de leurs enfants) est associé à une probabilité plus faible de survenue d'un trouble lié à l'usage.

Les jeunes dont les amis consomment des produits psychoactifs présentent des niveaux de consommation plus élevés que ceux dont les amis ne consomment pas. L'influence du groupe d'amis ou de pairs est d'autant plus importante si les parents n'assurent pas leur rôle de supervision et de dialogue.

Son environnement

Environnement géographique, économique et social, plus ou moins grande disponibilité des produits.

Son insertion scolaire ou sociale

À l'école comme dans la vie, l'exclusion aggrave, l'insertion protège... Pour la grande majorité des usagers de substances illicites, les consommations diminuent ou s'arrêtent avec une meilleure insertion sociale ou professionnelle, la construction d'un couple ou l'arrivée d'enfants.

Qu'est-ce que la prévention ?
Qu'est-ce que la réduction des risques ?
Quelle offre d'accompagnement
et de soin ?

**Prévention, réduction des risques, accompagnement et soin sont des démarches
qui s'articulent et se complètent.**

La prévention

Prévenir, c'est d'abord empêcher qu'un fait ne survienne ; c'est aussi repérer les débuts d'une conduite dangereuse et agir sur celle-ci ; c'est enfin empêcher les complications et les séquelles provoquées par cette conduite.

En ce qui concerne les substances psychoactives (alcool, tabac, substances illicites), la prévention vise à empêcher la naissance et le développement d'une consommation susceptible d'induire des risques pour soi, pour les autres et pour la collectivité. En effet, la prise de substances psychoactives entraîne une modification du fonctionnement psychique et, pour certaines de ces substances, l'apparition plus ou moins rapide de syndromes de tolérance et de sevrage (« manque »). Elle peut également être source de maladies, d'accidents, de violences, de décrochage scolaire ou de perte d'emploi.

La prévention s'adresse à différents publics : aux jeunes bien sûr, dont la personnalité est encore en construction, mais aussi aux adultes, et plus particulièrement à ceux qui sont en charge de ces jeunes (parents, enseignants, éducateurs, professionnels de santé), pour leur fournir les moyens de les aider. Elle s'adresse également aux adultes qui mettent leur santé, et parfois celle des autres, en danger et auprès de qui la jeune génération cherche des modèles.

La prévention vise notamment à :

- informer et modifier les représentations qui présentent les produits dangereux sous un jour favorable ou comme faisant inévitablement partie des pratiques sociales ;
- développer les capacités des individus à faire des choix favorables à leur santé, à renforcer l'estime d'eux-mêmes et la qualité de leurs relations avec les autres, leur insertion dans la société et leur capacité à demander de l'aide ;
- développer des actions qui permettent de repérer les consommations à risque et de favoriser l'accès aux soins, par exemple des actions d'intervention précoce (voir encadré ci-contre) ;
- sensibiliser les adultes qui interviennent auprès de jeunes (parents, enseignants, éducateurs) pour leur permettre de répondre à leurs questions et de mieux les aider.

Les actions de réduction de l'offre et d'application des lois et règlements participent aussi à la stratégie globale de prévention.

L'intervention précoce

La démarche d'intervention précoce – qui intègre l'aide au repérage précoce, à l'(auto) évaluation et l'orientation vers des soins spécialisés pour les personnes qui en ont besoin – se situe entre la prévention et le soin. Elle propose un soutien, en particulier aux jeunes et à leurs familles, pour raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes d'un usage à risque et la mise en œuvre d'un accompagnement et de soins adaptés. Mobilisant l'ensemble des acteurs, spécialistes et non spécialistes, de toute la société (parents, enseignants, éducateurs, professionnels de santé, entreprises, institutions...), elle permet d'accompagner des usagers précocement repérés, en développant leurs ressources personnelles et en contribuant à un environnement plus favorable à leur santé. Le développement d'actions d'intervention précoce s'articule avec l'activité des CSAPA, des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et des professionnels de santé en ville (voir p. 44 et 209).

La réduction des risques (RDR)

La réduction des risques s'adresse avant tout aux consommateurs actifs de substances psychoactives licites et illicites et à leurs proches. Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool.

La RDR envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons... ;
- les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses... ;
- les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.

Elle se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence des consommateurs. Elle vise à permettre à l'utilisateur d'adopter autant que possible des comportements favorables à sa santé.

Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances psychoactives sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. La connaissance des motivations et des conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer des substances psychoactives est en effet nécessaire pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques.

La RDR se conçoit comme une « palette » d'outils pouvant être adaptés au gré des besoins de l'utilisateur :

- information sur les risques associés à l'usage des substances psychoactives ;
- mise à disposition de matériel stérile (seringues) et récupération du matériel utilisé dans des structures spécialisées (CSAPA et CAARUD, voir p. 211-212), par des associations, dans des pharmacies ou via des automates ;
- recommandations de pratiques visant à éliminer ou réduire certains risques : non-partage du matériel, choix des points d'injection, promotion de méthodes alternatives moins dangereuses... ;
- accès à des médicaments de substitution pour les consommateurs d'opiacés ;

- offre de services sanitaires, par exemple des soins infirmiers, le dépistage de maladies infectieuses...;
- accueil, écoute, soutien psychologique, orientation vers des services sociaux (accès à l'emploi, au logement...).

C'est dans cette logique que s'inscrit le projet d'expérimentation et d'évaluation d'une « salle de consommation à moindre risque » (SCMR) destinée aux usagers de drogues les plus précarisés. Ce type de structure, implanté dans des quartiers déjà fréquentés par les usagers, a pour objectif d'assurer des conditions d'hygiène permettant de réduire les risques (notamment infectieux) liés à leur consommation, dans un cadre plus sécurisé (pour les usagers comme pour les riverains).¹⁵

L'accueil des usagers, sans prérequis de sevrage et d'abstinence et sans jugement, est un principe essentiel de cette démarche qui vise à créer des liens et à mettre à disposition différentes ressources (information sur les produits et les pratiques, écoute, orientation) afin que l'usager soit en disposition d'agir dans un sens favorable à l'amélioration de son état de santé. L'accueil est également anonyme et gratuit.

Les intervenants de RDR sont également présents dans les endroits où les consommations sont fréquentes (rassemblements festifs) ou cachées (squats), afin de rentrer en contact avec des usagers qui ne viennent pas spontanément vers les points d'accueil.

¹⁵. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Réduction des risques chez les usagers de drogues*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2010 : 592 p.

Les grandes étapes de la mise en place de la politique de réduction des risques en France

1987

Autorisation de la mise en vente libre des seringues en pharmacie pour les personnes majeures (loi Barzach).

À partir de
1995

Mise en place progressive des outils de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues visant à prévenir la contamination par le VIH et les virus des hépatites B et C, et à permettre aux usagers d'accéder au système de soins.

2004

La loi du 9 août 2004 donne un statut à la politique de RDR, et lui permet de quitter le stade expérimental. Les actions menées par les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les acteurs associatifs, dès lors qu'elles s'inscrivent dans le cadre fixé par l'État, sont légales: elles ne peuvent plus être considérées comme une incitation à l'usage.

2006

Le dispositif d'accueil des usagers est restructuré et consolidé: de nombreux programmes, services, « boutiques » ou structures peuvent acquérir le statut d'établissement médico-social en tant que Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD, voir p. 212).

2007

La RDR devient l'une des missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, voir p. 211).

2014

Projet d'expérimentation à Paris d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) pour les usagers de drogues les plus précarisés.

Les résultats

- La politique de RDR a entraîné une baisse spectaculaire du nombre de contaminations par le VIH chez les usagers de drogues : le nombre de nouvelles contaminations au sein de cette population a été divisé par quatre depuis 1995 et les usagers de drogues ne représentent plus aujourd'hui que 2 % des nouveaux cas d'infections.
- La diffusion du matériel stérile pour les usagers injecteurs et des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) a très probablement été la raison d'une baisse importante du nombre de décès par surdose depuis les années 1990 et, à l'inverse, d'un accroissement régulier du nombre d'usagers entrant dans une démarche de soin.
- En revanche, la réduction des risques n'a pas encore permis d'enrayer les contaminations par le virus de l'hépatite C, qui touche majoritairement les usagers de drogues, et particulièrement ceux qui utilisent la voie injectable. L'Institut national de veille sanitaire (InVS) a estimé au début des années 2000 entre 2 700 et 4 400 le nombre annuel des nouvelles contaminations. En 2005, un plan d'action contre l'hépatite C a été lancé. Des données récentes sur la fréquence des contaminations par le VHC chez les jeunes usagers fréquentant les CAARUD suggèrent une diminution des nouvelles contaminations, qui restent cependant nombreuses. L'infection par le VHC entraîne dans 80 % des cas une hépatite C chronique, dont les symptômes n'apparaissent le plus souvent que tardivement et qui, si un traitement n'est pas initié (des traitements efficaces existent), peut être mortelle dans près d'un quart des cas.

L'offre d'accompagnement et de soin

Qu'est-ce que le soin ?

Accompagner et soigner une personne ayant développé un trouble lié à l'usage, c'est la soutenir et l'aider à :

- comprendre et soulager son mal-être sous-jacent;
- contrôler sa consommation pour en réduire les dommages et, si possible, arrêter sa consommation¹⁶ et maintenir son abstinence.

C'est lui proposer différentes modalités de soin adaptées à sa situation :

- une prise en charge psychologique: plusieurs types de psychothérapies existent.

Certaines vont aider la personne à comprendre d'où vient le malaise qui l'a conduit à consommer des substances; d'autres visent à identifier les comportements qui ont favorisé l'émergence du trouble lié à l'usage et à mettre en place des stratégies pour ne pas les reproduire; d'autres enfin vont l'aider à lutter contre le « *craving* » (désir fort, pulsion à consommer la substance);

- des traitements médicamenteux: certains sont validés, d'autres sont encore expérimentaux, mais aucun ne résout les problèmes de l'usager à lui seul;

- un accompagnement social et des aides à l'insertion professionnelle.

¹⁶. L'arrêt de la consommation (ou « sevrage ») peut parfois entraîner des symptômes de « manque » plus ou moins pénibles et durables. Dans certains cas (alcool, opiacés...), le sevrage est médicalisé selon des protocoles précis.

Être soigné: où et par qui ?

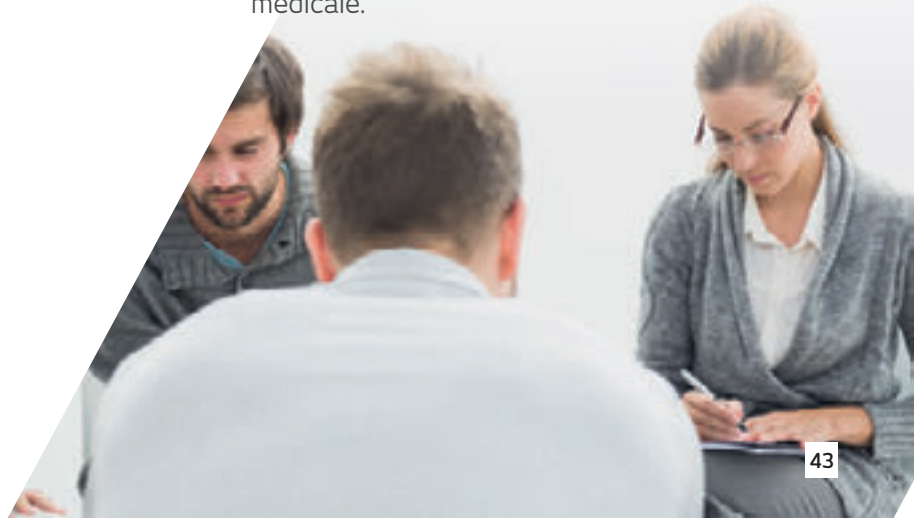
Le système français d'accompagnement et de soin en addictologie **prend en charge tous les types de troubles liés à l'usage**, quelle que soit la substance ou le comportement addictif. Il promeut une approche globale de la personne et assure une continuité de services, de la prévention aux traitements complexes, en passant par l'intervention précoce [voir p. 36] et la réduction des risques [voir p. 37].

Il s'appuie sur la coopération de différents types d'acteurs répartis sur l'ensemble du territoire permettant de répondre de façon adaptée aux besoins des personnes :

➤ **les professionnels et structures de premier et deuxième recours, en ville ou à l'hôpital** [voir p. 44], proposent des soins sans hébergement (la personne rentre chez elle le soir). Ils assurent l'accueil, l'évaluation de la situation de la personne, la mise en place des soins et de leur suivi, et si besoin l'orientation vers d'autres structures ou professionnels ;

➤ **les structures de soins résidentiels** (centres thérapeutiques résidentiels, communautés thérapeutiques...) prennent en charge, pour des séjours de durée variable, des usagers qui ont besoin d'un cadre de soin plus permanent et plus « protecteur » ;

➤ **les structures de soins hospitaliers** (services d'addictologie, services de soins de suite et de réadaptation) s'adressent aux personnes qui ont des troubles associés (physiques ou psychologiques) et qui ont besoin d'une surveillance médicale.



À QUI S'ADRESSER?

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN VILLE

Les médecins généralistes et les pharmaciens sont souvent les premiers interlocuteurs que l'on consulte en cas de difficulté (pour soi ou un proche) ou lorsqu'on ne connaît pas les structures spécialisées. Ils peuvent intervenir dans le repérage, l'évaluation et le traitement d'un trouble lié à l'usage. Ils peuvent orienter et collaborer avec les professionnels des structures spécialisées.

Les psychiatres et les psychologues peuvent aussi intervenir dans le repérage, l'évaluation et le traitement d'un trouble. Ils peuvent également collaborer avec les structures les plus adaptées à la situation.

LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (CJC)

Installées en ville ou dans l'enceinte d'un hôpital, ces consultations rattachées aux CSAPA accueillent gratuitement et de manière confidentielle les jeunes consommateurs de substances psychoactives. Elles peuvent aussi accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter. Elles sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes. Elles permettent : d'effectuer un bilan des consommations ; d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille ; d'aider si possible en quelques consultations à arrêter la consommation ; de proposer lorsque la situation le justifie un accompagnement à long terme ; d'orienter si nécessaire vers d'autres services spécialisés.

LES CENTRES DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

Installés en ville ou dans l'enceinte d'un hôpital, ces centres accueillent gratuitement et de manière confidentielle toute personne souffrant d'un trouble lié à l'usage d'une substance ou d'un additif (jeu pathologique). Ils proposent : de l'information, une évaluation médicale, psychologique et sociale ; des conseils et des outils de prévention ; une aide à la réduction des risques, des dépistages (VIH-sida, hépatites) ; un suivi médical, psychologique, social et éducatif (diagnostic, sevrage, prescription et suivi de traitements psychothérapeutiques et médicamenteux, accès aux droits sociaux, aide à la réinsertion...). Ces centres peuvent proposer un accompagnement dans la durée.

À L'HÔPITAL

Il existe des consultations spécialisées en addictologie dans tous les hôpitaux dotés d'un service d'urgence. Elles peuvent proposer des séjours pour soins plus ou moins complexes.

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES : WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

Les tendances d'évolution relatives aux usages de produits psychoactifs diffèrent selon les substances et les âges des personnes interrogées. Globalement, à la fin de l'adolescence, l'expérimentation de l'ensemble des substances (illicites ou licites) est en recul. Du côté des consommations régulières, celle de cannabis a baissé entre 2008 et 2011 alors que celles de tabac et d'alcool, de même que les ivresses répétées, sont en augmentation. Les adultes continuent à être toujours moins nombreux à boire de l'alcool tous les jours, mais les ivresses et les fortes consommations ponctuelles augmentent, de façon plus marquée chez les jeunes adultes et tout particulièrement chez les jeunes femmes. La consommation de tabac, pourtant orientée depuis de nombreuses années à la baisse, a également augmenté entre 2005 et 2010. Concernant les substances illicites, le pourcentage de Français ayant consommé du cannabis dans l'année est stable. L'expérimentation et l'usage dans l'année de cocaïne sont en hausse mais ne concernent qu'une assez faible proportion de Français.

NOMBRE DE CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE [1]

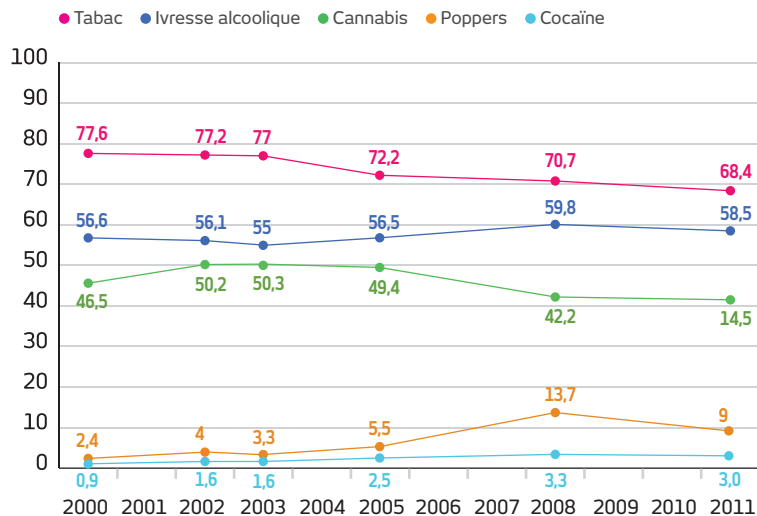
En 2010, parmi les 11-75 ans

| | Produits licites | | Produits illicites | | | |
|----------------------|------------------|--------|--------------------|---------|---------|---------|
| | Alcool | Tabac | Cannabis | Cocaïne | Ecstasy | Héroïne |
| Expérimentateurs | 44,4 M | 35,5 M | 13,4 M | 1,5 M | 1,1 M | 500 000 |
| Usagers dans l'année | 41,3 M | 15,8 M | 3,8 M | 400 000 | 150 000 | - |
| Usagers réguliers | 8,8 M | 13,4 M | 1,2 M | - | - | - |
| Usagers quotidiens | 5,0 M | 13,4 M | 550 000 | - | - | - |

- : Non disponible

ÉVOLUTION DE L'EXPÉRIMENTATION DE L'IVRESSE ALCOOLIQUE ET DE QUELQUES SUBSTANCES ILLICITES [2]

Entre 2000 et 2011, en France métropolitaine, parmi les jeunes de 17 ans, en %



Définitions

- **Expérimentation**: au moins un usage au cours de la vie.
- **Usage au cours de l'année**: au moins une consommation au cours de l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps).
- **Usage régulier**: cet indicateur varie selon les produits et les publics: au moins 4 consommations d'alcool dans la semaine chez les adultes, au moins 10 consommations d'alcool dans le mois chez les jeunes de 17 ans, au moins 10 consommations de cannabis au cours des 30 derniers jours.
- **Usage quotidien**: au moins une consommation par jour.
- **Usage récent**: au moins une consommation dans les 30 derniers jours.
- **Usage répété**: au moins 10 usages dans l'année mais moins de 10 dans le mois.
- **Ivresses répétées**: désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois.

ÂGE MOYEN AU MOMENT DE L'EXPÉRIMENTATION DU PRODUIT ET DE LA 1^{RE} IVRESSE (POUR L'ALCOOL) [1]

En 2010, en France métropolitaine, en %

| | 18-25 ans | | |
|--|-----------|--------|----------|
| | Hommes | Femmes | Ensemble |
| Tabac | 14,9 | 14,9 | 14,9 |
| Cannabis | 16,5 | 16,9 | 16,6 |
| Ivresse (alcool) | 16,3 | 17,1 | 16,7 |
| Produits à inhaler (colles, solvants...) | 18,3 | 17,0 | 18,0 |
| Poppers | 18,3 | 18,1 | 18,2 |
| Ecstasy | 18,2 | 18,9 | 18,4 |
| Amphétamines | 18,5 | 18,7 | 18,5 |
| LSD | 18,5 | 18,9 | 18,7 |
| Champignons hallucinogènes | 18,9 | 18,4 | 18,8 |
| Héroïne | 19,0 | 19,1 | 19,0 |
| Cocaïne | 19,4 | 19,1 | 19,3 |

➤ Si l'on met à part l'alcool (le premier verre d'alcool est souvent difficile à se remémorer et de ce fait il n'est pas questionné dans les enquêtes), parmi les jeunes âgés de 18 à 25 ans, le tabac est la substance qui a été expérimentée le plus tôt en moyenne (14,9 ans).

➤ Puis l'expérimentation de l'ivresse alcoolique et du cannabis se fait à peu près en même temps (16 ans et demi chez les garçons, 17 ans chez les filles).

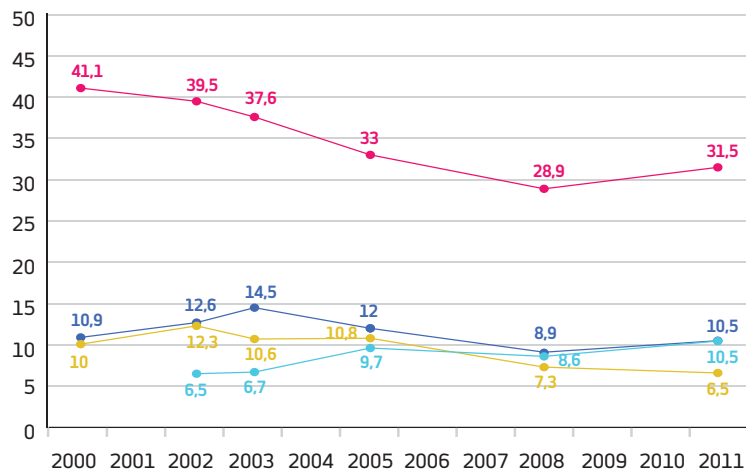
➤ Les autres substances sont expérimentées entre 18 et 19 ans. La cocaïne et l'héroïne semblent être les substances expérimentées les plus tardivement : leur expérimentation se prolonge au-delà de l'adolescence.



ÉVOLUTION DE L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC, DE L'IVRESSE ALCOOLIQUE RÉGULIÈRE ET DE L'USAGE RÉGULIER DE CANNABIS CHEZ LES JEUNES [2]

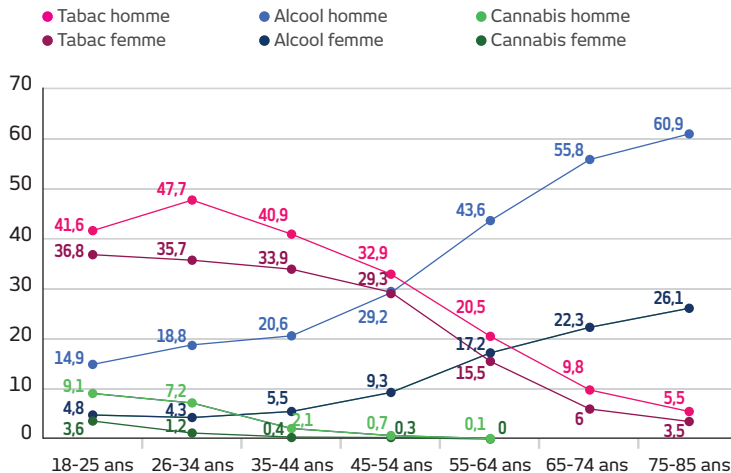
Entre 2000 et 2011, en France métropolitaine, parmi les jeunes de 17 ans, en %

● Tabac usage quotidien ● Alcool usage régulier ● Ivresse régulière ● Cannabis usage régulier



USAGE RÉGULIER DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS CHEZ LES 18-85 ANS [1]

En 2010, en France métropolitaine, en %, par sexe et par tranches d'âge



➤ L'usage régulier de tabac (consommation quotidienne) est le plus fréquent parmi les 26-34 ans chez les hommes (48 %) et les 18-34 ans chez les femmes (36 %).

➤ La consommation régulière d'alcool (au moins 4 jours par semaine) augmente globalement avec l'âge pour atteindre 61 % des hommes et 26 % des femmes de 75-85 ans.

➤ L'usage régulier de cannabis (au moins 10 fois dans les 30 derniers jours) est maximal parmi les 18-25 ans (9 % chez les hommes, 4 % chez les femmes) pour diminuer ensuite de manière continue avec l'âge.

NOMBRE D'USAGERS PROBLÉMATIQUES DE DROGUES [3]

En 2011, en France métropolitaine, chez les 15-64 ans

Les usagers problématiques de drogues sont définis au niveau européen comme l'ensemble des usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines et des usagers de drogues par voie intraveineuse (injecteurs).

En France, leur nombre était estimé en 2011 à **281 000** personnes.

Parmi elles, environ un tiers (soit près de 90 000 personnes) utilisent habituellement la voie intraveineuse pour consommer ces substances.

■ Une partie importante de ces usagers vit dans des conditions de grande précarité, avec un état de santé dégradé lié à leurs consommations et leurs modes de consommation, notamment lorsqu'ils s'injectent, ainsi qu'à leur conditions de vie. Ces personnes souffrent aussi souvent de troubles psychiatriques, ce qui entraîne pour eux des difficultés supplémentaires pour trouver des solutions d'hébergement et des centres de soins.

■ D'autres, sans doute moins nombreux, peuvent se trouver dans des situations moins défavorables : certains, parmi ceux qui suivent un traitement de substitution aux opiacés, pouvant même être totalement intégrés dans la société et mener avec succès leur carrière professionnelle.

CONSOMMATIONS DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER [4]

En 2010 (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion)

Adultes

➤ **Le tabac** est bien moins consommé qu'en métropole (10 % d'utilisateurs quotidiens en Martinique, 20 % à la Réunion). Lorsque des données d'évolution sont disponibles, comme à la Réunion, le tabagisme est apparu en baisse au début des années 2000.

➤ **L'usage de cannabis** apparaît pour sa part à des niveaux assez bas, avec 4-5 % de consommation au cours de l'année parmi les adultes de Martinique et de Réunion, soit moitié moins qu'en métropole.

➤ **L'alcool** est le produit qui pose le plus de problème dans les DOM, avec des indicateurs dégradés par rapport à la métropole.

➤ S'il reste circonscrit à une population très marginalisée, **le crack** est visible sur certaines scènes ouvertes, en particulier dans les grandes villes. Il n'est en revanche pas spécialement présent à la Réunion.

➤ **L'usage détourné de médicaments** sur ordonnance constitue une préoccupation spécifique à la Réunion.

➤ **Les opiacés** sont globalement très peu présents même si, à la Réunion, on a pu noter une augmentation des recours aux soins et aux traitements de substitution aux opiacés. Le mésusage de buprénorphine semble circonscrit à la Guyane.

CONSOMMATIONS DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER [4]

En 2010 (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion)

Adolescents

Ils semblent eux aussi globalement moins concernés que les jeunes métropolitains par les différentes pratiques addictives.

➤ **Les indicateurs d'alcoolisation** (régulière ou ponctuelle importante) sont proches dans les quatre DOM, à des niveaux très inférieurs à ceux de la métropole.

➤ **Le tabagisme** y est 2 à 3 fois moins fréquent.

➤ **L'usage de cannabis** est moins fréquent, à des niveaux similaires entre les quatre DOM. L'expérimentation de cannabis apparaît un peu inférieure en Guyane (27 % contre 34 % dans les autres DOM et 42 % en métropole à 17 ans).

➤ Rares en Martinique et en Guadeloupe, **les expérimentations d'autres substances à 17 ans** semblent un peu plus élevées en Guyane, à des niveaux proches de ceux de la métropole.

➤ On note une plus grande **précocité des consommations à la Réunion**: à 13 ans, 31 % des jeunes déclarent avoir déjà été ivres (16 % en métropole), 5 % fument quotidiennement (2 % en métropole) et 9 % ont déjà expérimenté le cannabis (5 % en métropole).





SAVOIR

▶ LES SUBSTANCES LICITES RÉGLEMENTÉES

- L'ALCOOL 58
- LE TABAC 80
- LES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS 100
- AUTRES SUBSTANCES LICITES DÉTOURNÉES DE LEUR USAGE 110

▶ LES SUBSTANCES ILLICITES

- LE CANNABIS 116
- LA COCAÏNE 132
- AMPHÉTAMINES, MDMA (ECSTASY) ET NOUVELLES DROGUES DE SYNTHÈSE 144
- L'HÉROÏNE ET AUTRES OPIACÉS 152
- AUTRES SUBSTANCES ILLICITES 162

▶ LES POLYCONSOMMATIONS 172

▶ LE DOPAGE ET LES CONDUITES DOPANTES 178

L'alcool

| | |
|-----------------------------|----|
| L'ALCOOL, C'EST QUOI ? | 58 |
| EFFETS ET RISQUES | 61 |
| ALCOOL ET GROSSESSE | 66 |
| POUR EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ | 68 |
| CHIFFRES CLÉS | 70 |
| QUE DIT LA LOI ? | 76 |

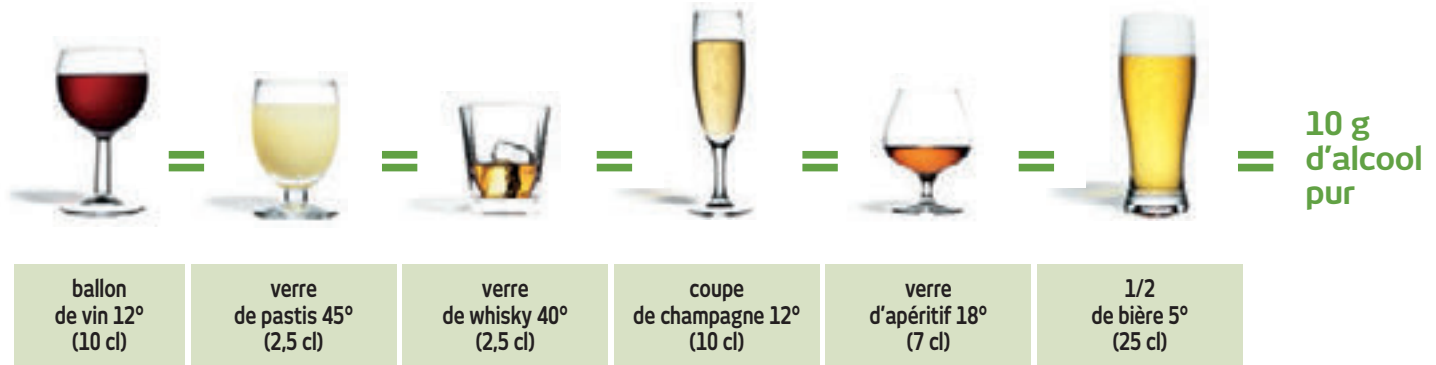
L'ALCOOL, C'EST QUOI ?

L'alcool est obtenu par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation et entre dans la composition des boissons alcoolisées : vin, cidre, bière, rhum et alcools distillés, vodka, whisky...

La consommation d'alcool en France diminue régulièrement depuis plus de 50 ans. En 2010, les Français de 15 ans et plus consommaient 12 litres d'alcool pur¹⁷ par an et par habitant (l'équivalent de près de 3 verres standard d'alcool par Français et par jour). Ce chiffre a été divisé par deux depuis les années 1960. Malgré cette diminution, la France reste parmi les cinq pays d'Europe les plus consommateurs.

¹⁷ L'alcool pur est le nom employé dans le langage courant pour désigner l'éthanol. La concentration en éthanol dans une boisson est indiquée en pourcentage volumique. Ainsi, dans un litre de whisky à 40 % d'alcool, il y a 0,4 litre d'alcool pur. Dans un litre d'alcool à 12° (12 %), il y a 0,12 litre d'alcool pur.

Verres standard (quantités habituellement servies dans les cafés, bars, restaurants)



Les boissons alcoolisées les plus consommées par l'ensemble de la population :

➤ Le vin représente en France un peu plus de 60 % de la consommation totale d'alcool, mais sa consommation diminue. Autrefois boisson quotidienne, le vin devient de plus en plus une boisson festive. Les vins de consommation courante ont

progressivement cédé la place aux vins d'appellation d'origine contrôlée (AOC) ou aux vins de qualité supérieure (VDQS).

➤ La consommation de bière diminue depuis le début des années 2000, ainsi que celle de cidre.

➤ La consommation d'alcools distillés (spiritueux) reste globalement à un niveau stable.



Les boissons alcoolisées les plus consommées par les jeunes :

Si le vin est la boisson la plus consommée dans la population française, il l'est peu parmi les 15-25 ans. La bière et les alcools forts sont davantage consommés par les jeunes.

« Prémix », « Alcopops », « Vinipops » : pour séduire les jeunes

Pour conquérir les jeunes consommateurs (notamment les filles), les producteurs d'alcool ont également développé de nouveaux produits à la composition et aux packagings attrayants. Dénommés « Prémix », « Alcopops » ou « Vinipops », ces produits sont des mélanges de différents types d'alcool, de jus de fruits ou de sodas, dont la teneur en sucre, souvent élevée, masque le goût de l'alcool. Les nouveaux consommateurs, habitués à l'alcool grâce à ces produits, peuvent ensuite « évoluer » vers d'autres types de boissons alcoolisées et entretenir ainsi ce marché.

EFFETS ET RISQUES

L'alcool n'est pas digéré: une fois consommé, il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins. En quelques minutes, le sang le transporte dans toutes les parties de l'organisme, et en particulier dans le cerveau.

Effets et risques immédiats

L'alcool est un produit psychoactif. Il modifie la conscience et les perceptions, ainsi que les comportements. Ses effets dépendent de l'alcoolémie (la concentration d'alcool dans le sang).

À petite dose, il désinhibe, donne le sentiment d'être à l'aise et provoque une sensation de détente ou d'euphorie.

Mais dès que l'on augmente les quantités consommées, il provoque l'ivresse et altère rapidement le jugement et le comportement. On s'expose alors à différents risques :

➤ **malaises et comas éthyliques**: nausées et vomissements peuvent survenir. À plus forte dose encore, l'alcool peut entraîner la somnolence, qui peut évoluer vers un coma éthylique parfois mortel ;

➤ **accidents**: les réflexes et la vigilance s'amouissent. Cette altération du comportement est souvent à l'origine d'accidents de la route ou encore du travail ;

➤ **rapports sexuels à risque**: l'ivresse peut entraîner des relations non protégées ou non consenties ;

➤ **violence**: une grande partie des agressions (injures, coups, agressions sexuelles) sont commises sous influence de l'alcool¹⁸. La consommation

d'alcool peut également amener à en être victime, du fait parfois d'une attitude provocatrice ou du fait que la personne ivre est moins capable de se défendre.

Boire une grande quantité d'alcool en peu de temps provoque une montée importante du taux d'alcoolémie, qui baisse ensuite en fonction de la quantité bue: seul le temps permet de le faire baisser. L'alcoolémie commence à baisser 1h après le dernier verre et il faut compter environ 1h30 en moyenne pour éliminer chaque verre d'alcool. Si on boit sans manger, l'alcool passe plus vite dans le sang et ses effets sont plus importants.

¹⁸. Bègue L. « L'alcool rend-il violent ? ». *Cerveau & Psycho* 2008, n° 29: p. 48-53.

Inégaux face à l'alcool

Face à la consommation d'alcool, chacun réagit différemment selon sa corpulence, son état de santé physique et psychique, que l'on soit un homme ou une femme¹⁹, et selon le moment de la consommation. Le seuil de tolérance dépend donc de la personne et du contexte.

Alcool et conduite automobile

Dès le 2^e verre, le taux d'alcoolémie autorisé pour la conduite d'un véhicule risque d'être dépassé. Ce taux est fixé à 0,5 g d'alcool par litre de sang, quel que soit le véhicule (deux roues, voitures, machines...). Conduire sous l'emprise de l'alcool multiplie par 8,5 le risque d'être responsable d'un accident mortel. Près de 30 % des accidents mortels sur la route sont attribuables à l'alcool.

« Binge drinking » chez les jeunes : pas nouveau, mais en hausse

Le terme anglo-saxon « binge drinking » est apparu relativement récemment en France. Le comportement qu'il désigne (alcoolisation ponctuelle importante dans un temps très court, avec recherche d'ivresse) n'y est pourtant pas nouveau, y compris chez les jeunes. On constate cependant depuis quelques années une augmentation des ivresses chez les jeunes Français. La proportion des 15-25 ans déclarant avoir connu une ivresse au cours des douze derniers mois est passée de 29,7 % en 2005 à 39,5 % en 2010. On constate également une augmentation de la fréquence des ivresses répétées (au moins trois ivresses dans l'année : 20,6 % des 15-25 ans en 2010 contre 13,5 % en 2005) et des ivresses régulières (dix ivresses ou plus dans l'année : 9,4 % en 2010 contre 5,1 % cinq ans plus tôt).

Pour protéger les jeunes contre les risques liés à ce mode d'alcoolisation, la loi du 21 juillet 2009 a adopté toute une série de mesures [voir p. 77].

19. Les femmes sont en général plus petites et moins corpulentes que les hommes. De plus, l'organisme d'une femme contient proportionnellement plus de graisses que celui de l'homme. Comme l'alcool ne se dilue que dans l'eau et pas dans les graisses, le volume dans lequel l'alcool se répartit est donc plus faible chez les femmes. Résultat : pour une même quantité d'alcool consommée, l'alcoolémie (ou concentration d'alcool dans le sang) sera plus élevée chez une femme que chez un homme.



Risques à long terme

➤ Maladies

Une consommation régulière, quand elle est excessive, augmente le risque de nombreuses pathologies :

- > cancers (notamment de la bouche, de la gorge, de l'œsophage...),
- > maladies du foie (hépatite, cirrhose) et du pancréas,
- > troubles cardiovasculaires,
- > maladies neurologiques,
- > troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles du comportement).

➤ Trouble lié à l'usage d'alcool

La personne peut devenir incapable de réduire ou d'arrêter sa consommation, sous peine de malaise, de souffrances psychologiques et/ou physiques. De nombreux symptômes peuvent apparaître lors de la consommation ou de l'arrêt: tristesse, troubles du sommeil, irritabilité, tremblements,

sueurs, anorexie, troubles du comportement. Ces troubles peuvent s'accompagner de difficultés majeures d'ordre familial, relationnel, social, professionnel, sanitaire et judiciaire.

Comment repérer une consommation à risque ?

De nombreux outils peuvent être utilisés pour repérer les consommations d'alcool problématiques. Les questionnaires Audit, Audit-C, Fast et Cage/Deta sont les plus souvent utilisés :

- Le questionnaire Audit a été mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour une utilisation en médecine générale. Il comporte dix questions. Le test Audit-C (trois questions) en est une version abrégée. L'efficacité de ces questionnaires a été démontrée pour le repérage des buveurs à risque.
- Les questionnaires Fast et Cage/ Deta (4 questions) ont également été évalués comme des outils de repérage efficaces.

Source: Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris, 2008 : 141 p.

ALCOOL ET GROSSESSE

Une consommation d'alcool pendant la grossesse, même occasionnelle ou faible, peut entraîner des risques pour l'enfant à naître. L'alcool passe du sang maternel au sang du fœtus, sans que le placenta joue le rôle de « filtre »: les concentrations d'alcool chez le fœtus sont donc très proches des concentrations dans le sang maternel.



► Une consommation quotidienne, même très faible, ou des ivresses épisodiques peuvent entraîner des complications durant la grossesse (retard de croissance du fœtus, accouchements prématurés), ainsi que des troubles des fonctions cognitives ultérieures chez l'enfant: troubles de la mémoire, de l'apprentissage, de l'attention...

► Une consommation quotidienne importante peut provoquer des troubles graves chez l'enfant à naître.

Le syndrome de l'alcoolisation fœtale est l'atteinte la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool.

- > Il se manifeste notamment par un retard de croissance, des anomalies faciales, des dommages cérébraux susceptibles d'entraîner un retard mental, des troubles du développement et du comportement.
- > L'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique et évitable de handicap mental chez l'enfant.

Les troubles peuvent apparaître pour de faibles consommations. On ne connaît pas le seuil au-dessous duquel la consommation d'alcool chez la femme enceinte n'a pas de conséquence sur la santé du fœtus. Aucune boisson alcoolisée n'est moins à risque. **IL EST DONC RECOMMANDÉ DE S'ABSTENIR DE CONSOMMER TOUTE BOISSON ALCOOLISÉE TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE ET PENDANT L'ALLAITEMENT.**



POUR EN PARLER
ET ÊTRE AIDÉ

ADULTES ET JEUNES

ALCOOL INFO SERVICE
www.alcool-info-service.fr
0980 980 930

Anonyme et confidentiel, 7j/7, 8h-2h du matin.
Appel non surtaxé.

- Le site internet propose une information complète sur l'alcool et la santé, ainsi qu'un outil permettant aux + de 18 ans d'évaluer et de suivre leur consommation.
- La ligne téléphonique s'adresse à toute personne concernée, directement ou indirectement, par une consommation d'alcool.
- Ces deux services peuvent aider la personne (ou un proche) à trouver un professionnel ou une structure près de chez elle, adaptée à ses besoins.

JEUNES

FIL SANTÉ JEUNES

www.filsantejeunes.com

0800 235 236
32 24

Depuis téléphone fixe, appel gratuit.
7j/7, 9h-23h.

01 44 93 30 74

Depuis téléphone portable, coût d'une
communication ordinaire.
7j/7, 9h-23h.

- Le site internet et la ligne téléphonique de Fil Santé Jeunes apportent des réponses aux questions que se posent les adolescents sur leur santé (mal-être, sexualité, alcool, drogues...).
- Le site internet propose des informations sur les sujets qui préoccupent les jeunes; il offre également la possibilité d'échanger avec d'autres jeunes sur des forums de discussion et de poser des questions à des professionnels de santé.

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES : WWW.OFDI.FR /
WWW.INPES.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

La consommation globale d'alcool des Français continue de baisser comme elle le fait depuis cinquante ans. Cette baisse est presque exclusivement liée à la diminution de la consommation régulière de vin qui a perdu progressivement sa place de boisson accompagnant systématiquement les repas. L'alcoolisation ponctuelle importante (API) augmente en revanche chez les 18-34 ans, notamment chez les jeunes femmes de 18-25 ans. Pour les plus jeunes (17 ans), les consommations régulières et les consommations excessives d'alcool augmentent alors que le pourcentage d'expérimentateurs baisse.

ENSEMBLE DE LA POPULATION

CONSUMMATION DANS L'ANNÉE [5]

En 2011, par habitant de plus de 15 ans

→ 12 litres
d'alcool pur

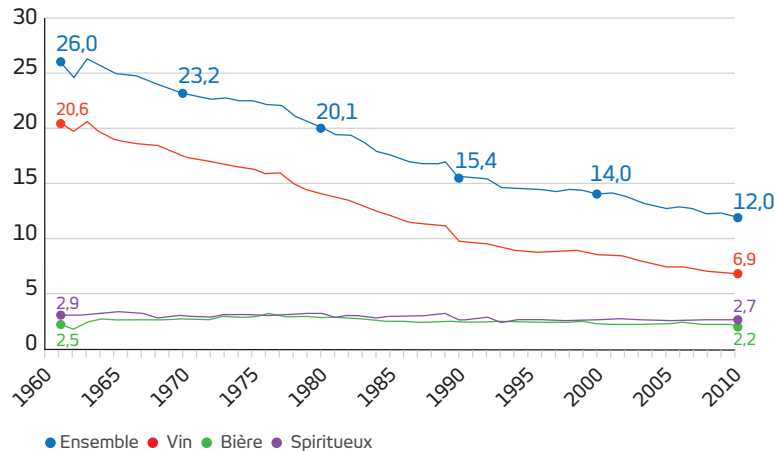
C'est en 2011 l'équivalent de la consommation individuelle moyenne de boissons alcoolisées en France, pour les plus de 15 ans.

Cela correspond à une consommation quotidienne moyenne de 2,6 verres standard* de boissons alcoolisées par jour.

* Un verre standard d'alcool contient environ 1,25 cl (10 grammes) d'alcool pur.

VENTE D'ALCOOL [5, 6, 7]

Entre 1961 et 2010, par habitant de plus de 15 ans, en litres d'alcool pur



CONSOMMATION QUOTIDIENNE [1]

→ **13 %** des 18-85 ans interrogés en 2010 (20 % des hommes, 7 % des femmes) ont déclaré consommer de l'alcool tous les jours.

La consommation quotidienne des 18-75 ans (12 % en 2010) est en baisse par rapport à 2005 (16 %). La consommation quotidienne d'alcool est de plus en plus répandue à mesure que l'âge augmente (4 % des 18-44 ans, 10 % des 45-54 ans, 21 % des 55-64 ans et 31 % des 65-85 ans).

ALCOOLISATION PONCTUELLE IMPORTANTE DANS L'ANNÉE [1]

→ **34 %** des 18-85 ans interrogés en 2010 (50 % des hommes, 20 % des femmes) ont déclaré avoir consommé au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion au cours de l'année.

CONSOMMATIONS À RISQUE [1]

→ **3,8 millions**

C'est en 2010 le nombre de consommateurs de 18-75 ans considérés comme à risque chronique*, qu'ils soient dépendants ou non.

Cette consommation à risque croît avec l'âge et concerne surtout les hommes. Ces niveaux sont probablement sous-évalués car les populations les plus précaires ne sont pas interrogées par les enquêtes en population générale.

* Au sens du test Audit-C, test conçu pour repérer une consommation d'alcool à risque.

JEUNES

USAGES DES JEUNES DE 17 ANS [2]

Au moins une ivresse au cours de la vie

58,5 % des jeunes de 17 ans

63,5 % des garçons, 53,3 % des filles

Au moins 10 ivresses au cours de l'année

10,5 % des jeunes de 17 ans

15,0 % des garçons, 5,7 % des filles

Tendance: ↗ depuis 2008

10 consommations au cours du dernier mois

10,5 % des jeunes de 17 ans

15,2 % des garçons, 5,6 % des filles

Usage quotidien

0,9 % des jeunes de 17 ans

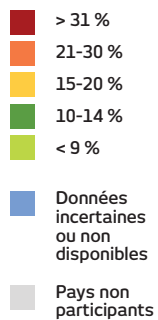
1,6 % des garçons, 0,3 % des filles

CONSOMMATIONS DES COLLÉGIENS [8]

→ **70 %** des collégiens (53 % des élèves de 6^e, 83 % des élèves de 3^e) ont déjà bu de l'alcool au moins une fois dans leur vie.

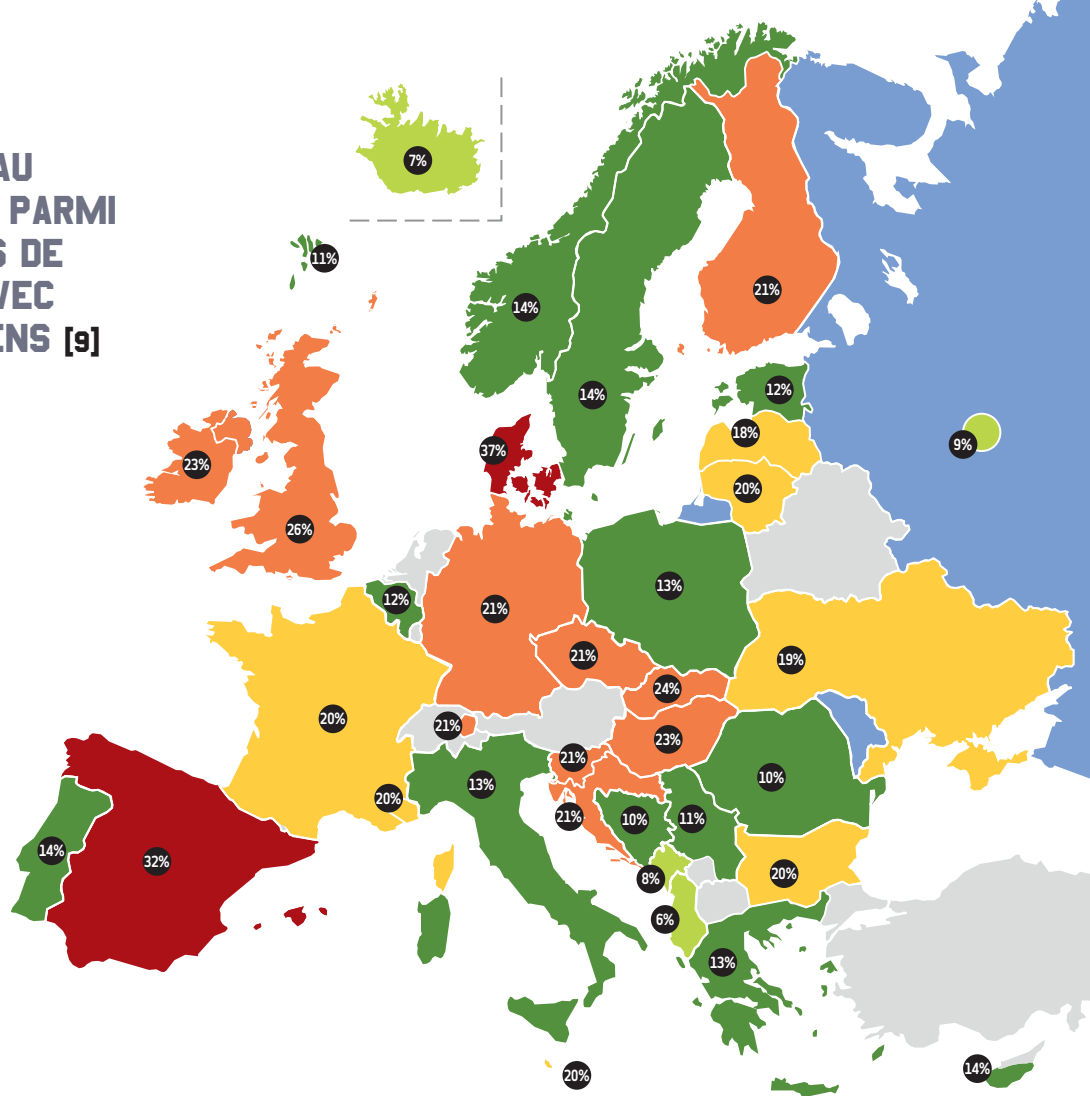
→ **16,6 %** des collégiens ont connu au moins une ivresse alcoolique au cours de leur vie.

AU MOINS UNE IVRESSE AU COURS DU DERNIER MOIS PARMIS LES JEUNES SCOLARISÉS DE 16 ANS, COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS EUROPÉENS [9]



Pour la Belgique, la Bosnie-Herzégovine et l'Allemagne : données partielles (couvrant seulement une partie du territoire du pays).

Pour l'Espagne et le Royaume-Uni : comparabilité limitée.



SOINS**NOMBRE DE PERSONNES VUES DANS DES STRUCTURES SPÉCIALISÉES POUR UN PROBLÈME D'ALCOOL [10]**

→ 133 000

C'est le nombre de gens vus en 2010 dans des centres spécialisés pour un problème d'alcool.

NOMBRE DE SÉJOURS À L'HÔPITAL MENTIONNANT UN PROBLÈME D'ALCOOL [11]

→ 470 000

C'est en 2011 le nombre d'hospitalisations mentionnant (diagnostic principal ou associé) un problème d'alcool.

MORTALITÉ**LIÉE À LA CONSOMMATION D'ALCOOL [12]**

→ 49 000

C'est en 2009 le nombre de décès liés à la consommation d'alcool parmi les plus de 15 ans (dans 75 % des cas des hommes).

ACCIDENTS DE LA ROUTE ET ALCOOL [13]

→ 964

C'est en 2011 le nombre de morts suite à un accident où au moins un conducteur avait une alcoolémie positive, qu'il ait causé l'accident ou non.

ALCOOL : QUE DIT LA LOI ?

**La production, la vente et l'usage
des boissons alcoolisées sont réglementés.**

Cette réglementation repose sur une classification des boissons. Elle régit tout débit de boisson où l'on consomme sur place.

**La loi du 10 janvier 1991 (loi Évin)
interdit :**

- la publicité pour des boissons alcoolisées dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi, et les autres jours entre 17h et minuit ;
- la distribution aux mineurs de documents ou objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée ;
- la vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (l'ouverture d'une buvette lors d'une manifestation sportive peut toutefois être ponctuellement autorisée).

Les affichages publicitaires doivent se limiter à certaines indications et être accompagnés d'un message précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé. Toute publicité à la télévision et au cinéma est interdite.

Protection renforcée des mineurs depuis 2009

- La loi du 21 juillet 2009 interdit de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans quel que soit le lieu de vente: bars, restaurants, commerces et lieux publics. En cas de doute sur l'âge de l'acheteur, le vendeur peut lui refuser la vente. La personne chargée de vendre des boissons alcoolisées peut exiger que les intéressés fassent la preuve de leur majorité. L'offre gratuite de boissons alcoolisées à des mineurs est interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics.
- La loi interdit aussi les « open-bars » (boissons alcoolisées gratuites et à volonté dans des soirées ou discothèques à entrée payante) mais les dégustations « dans le cadre de fêtes et de foires traditionnelles déclarées » et les « stages œnologiques » restent autorisés.
- La vente d'alcool dans les stations-service est restreinte pour les majeurs (entre 8h et 18h seulement).
- La loi autorise la publicité pour les boissons alcoolisées en ligne, sauf sur les sites destinés à la jeunesse.



Sécurité routière

Des contrôles d'alcoolémie sont possibles, même en l'absence d'infraction ou d'accident, à l'initiative du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire.

➤ Le conducteur est en infraction dès lors que l'alcoolémie $\geq 0,2$ g d'alcool par litre de sang (pour les véhicules de transport en commun) et 0,5 g pour tous les autres véhicules. L'infraction est une contravention de 4^e classe, passible d'une amende d'un montant de 750 € maximum et entraîne le retrait de 6 points du permis de conduire.

➤ Au-delà de 0,8 g d'alcool par litre de sang, le conducteur commet un délit sanctionné d'une peine maximum de deux ans de prison et de 4500 € d'amende. Ce délit entraîne également une perte de 6 points du permis.

➤ Dans tous les cas, la condamnation peut être assortie d'une suspension du permis de conduire et, pour les délits, de l'annulation du permis de conduire (annulation automatique en cas de récidive), de la confiscation du véhicule, de mesures de soin et/ou d'un travail d'intérêt général.

➤ Si la conduite sous l'emprise de l'alcool est constatée à l'occasion d'un accident de la route, l'amende encourue est portée en cas de blessures graves à 75000 € et la peine de prison à 5 ans. En cas d'accident mortel, la peine est portée à 100000 € d'amende et 7 ans de prison.

➤ La loi du 14 mars 2011 instaure une peine complémentaire d'interdiction de conduire un véhicule non équipé d'un éthylotest.



Le tabac

| | |
|---|----|
| LE TABAC, C'EST QUOI? | 80 |
| QU'EST-CE QU'IL Y A DANS LA FUMÉE DE TABAC? | 81 |
| QUELS SONT LES EFFETS ? | 84 |
| QUELS SONT LES RISQUES ? | 86 |
| QUELLES SOLUTIONS POUR ARRÊTER DE FUMER ? | 90 |
| POUR EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ | 91 |
| CHIFFRES CLÉS | 92 |
| QUE DIT LA LOI ? | 98 |

LE TABAC, C'EST QUOI ?

Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier. Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique. Le tabac est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, cigares, tabac en vrac (à rouler ou pour la pipe / chicha), tabac à chiquer. Toutes ces formes sont toxiques. Le tabac à rouler est encore plus nocif que les cigarettes vendues en paquet : son rendement en nicotine et en goudrons est trois à six fois plus élevé, et les cigarettes roulées ne contiennent généralement pas de filtre.

QU'EST-CE QU'IL Y A DANS LA FUMÉE DE TABAC?

La fumée de tabac est un mélange de gaz et de particules qui se forme à une température pouvant atteindre 900°C.

La combustion du tabac provoque la formation de plusieurs milliers de substances toxiques, qu'on retrouve dans toutes les formes de tabac. Plus de 60 de ces substances ont été identifiées comme cancérogènes.

➤ **Nicotine**

Présente dans les feuilles de tabac, cette substance se retrouve sous forme de particules en suspension dans la fumée. La nicotine est l'élément psychoactif du tabac. C'est elle qui entraîne la tolérance / accoutumance qui peut apparaître dès les premières semaines, voire les premiers jours, et pour une faible consommation de tabac. La nicotine affecte aussi les systèmes respiratoire et cardiovasculaire.





➤ Goudrons

Particules solides formées par la combustion du tabac. Parmi eux se trouvent les principaux responsables des cancers liés au tabagisme. Ils ont aussi un effet nocif sur les tissus et les muqueuses.

➤ Irritants

Mélange d'éléments divers (acétone, phénols, acide cyanhydrique...) qui se révèlent lors de la combustion. Ces substances affectent la capacité respiratoire. Elles entraînent l'inflammation des bronches et la toux.

➤ Monoxyde de carbone

Gaz toxique formé par la combustion incomplète du carbone qui se fixe sur l'hémoglobine du globule rouge à la place de l'oxygène. D'où un moindre taux d'oxygène dans le sang et les organes. Moins bien alimentés, ceux-ci ne peuvent travailler efficacement. Pour compenser, la fréquence cardiaque et la pression artérielle augmentent, diminuant la capacité à l'effort et augmentant les risques cardiovasculaires.

► Additifs

Substances ajoutées au tabac par les industriels, selon des recettes secrètes. Cette information est pourtant cruciale car certains additifs, soumis à la combustion de la cigarette, dégagent de nouveaux composants potentiellement dangereux. Dans certaines cigarettes, l'ammoniac serait utilisé pour faciliter l'inhalation de la fumée sans provoquer de toux et favoriser l'absorption de la nicotine. Différents arômes comme la vanille ont été utilisés pour adapter le goût de la cigarette aux jeunes et aux fumeurs débutants, mais les cigarettes ainsi aromatisées, dites « cigarettes bonbons », ont été interdites en France en 2009. Le génol et le menthol masquent l'effet irritant de la fumée. D'autres additifs rendent la fumée moins repérable, empêchant ainsi les fumeurs passifs de s'en protéger.

► Autres particules

La fumée de cigarette contient également des métaux lourds: cadmium, mercure, plomb, chrome...

Une information et des avertissements (texte, photo) sur tous les paquets

L'information du consommateur est aujourd'hui strictement régie par la réglementation européenne: les teneurs en goudrons, nicotine et monoxyde de carbone doivent être inscrites en caractère gras sur tous les paquets. De nouveaux avertissement sanitaires généraux (« Fumer tue », « Fumer nuit gravement à votre santé ») et spécifiques sont apparus (composition de la fumée de cigarettes, nature des risques encourus...). Depuis avril 2011, les paquets comportent des photos « choc » alertant les consommateurs sur certains risques.

Cigarettes « allégées » : une fausse impression de diminution des risques

Depuis 2003, les appellations « light », « légères » ou « mild » sont interdites. Mais ces cigarettes soi-disant moins nocives subsistent sous d'autres appellations (super, ultra...) et représentaient encore une part importante des cigarettes blondes vendues. La fumée de ces cigarettes est quasi identique à celle des cigarettes classiques. L'effet « allégé » repose sur des filtres spécifiques testés sur des machines qui « fument » à un rythme et une puissance constants. Mais, contrairement à la machine, le fumeur ne dispose ni de chronomètre ni d'appareil pour mesurer le volume des bouffées qu'il inspire. Par contre, il est inconsciemment à la recherche d'une dose précise de nicotine. Lorsqu'il passe à une cigarette « allégée », il apprend très rapidement à prendre des bouffées plus importantes, et la cigarette « allégée » se transforme en classique. Il ne reste que le goût plus « léger » (du fait de la dilution de la fumée) et la fausse impression d'une diminution des risques.

QUELS SONT LES EFFETS?

Quelques secondes après avoir inhalé la fumée, le fumeur ressent :

- des sensations de plaisir, bien-être, stabilisation de l'humeur, réduction de l'anxiété et du stress ;
- des sensations de stimulation cognitive, d'augmentation de la concentration intellectuelle, de la vigilance, de la mémoire à court terme ;
- une diminution de la sensation de faim...

Mais ces sensations dues à l'action de la nicotine sur le cerveau sont souvent trompeuses, notamment en ce qui concerne l'anxiété et le stress. En réalité, loin d'apaiser le stress, la nicotine en augmente l'effet. Lorsqu'une personne fume, ses pulsations cardiaques sont plus rapides, sa pression artérielle augmente. C'est pour cela que la nicotine est classée parmi les substances

Cigarettes électroniques : interdites de vente aux mineurs

La cigarette électronique (ou e-cigarette) est un nouveau produit dont l'utilisation a connu une progression spectaculaire (près d'un million d'utilisateurs réguliers en France aujourd'hui). Il ne s'agit pas toutefois d'un produit banal, en particulier lorsqu'elle contient de la nicotine. En France, l'état des connaissances sur son usage reste faible: un rapport d'experts remis au ministère en charge de



la santé en mai 2013 recommande la réalisation de nombreuses études sur ses composants et sur son efficacité dans l'aide au sevrage tabagique. Dans l'attente d'une définition du statut de la e-cigarette à l'échelle européenne, le ministère en charge de la santé a décidé d'appliquer en France à la cigarette électronique deux mesures aujourd'hui appliquées au tabac (interdiction de vente aux mineurs, interdiction de publicité) et a demandé au Conseil d'État une étude juridique sur la possibilité d'une interdiction de son usage dans les lieux publics.

excitantes, et non pas parmi les substances calmantes. Fumer est en fait une très mauvaise réponse face au stress: plus on est stressé, plus on fume et plus on fume, plus on stresse. Les personnes qui arrêtent de fumer déclarent souvent que cela leur a permis à terme de retrouver de la sérénité.

Et le tabac peut également provoquer des sensations moins agréables:

- maux de tête, vertiges, diminution de la résistance à l'effort physique (le tabac limite l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles);
- effets sur la digestion, dus à l'augmentation de la sécrétion d'acides gastriques.

QUELS SONT LES RISQUES ?

Fumeurs

Le tabac tue 73 000 personnes chaque année en France et les risques pour les fumeurs de voir se détériorer leur santé ont été démontrés depuis longtemps. 1 cancer sur 4 est associé au tabac. Les risques sont liés d'abord à la durée du tabagisme, puis à l'importance de la consommation quotidienne. Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer est inoffensif. La diminution du nombre de cigarettes réduit mais ne supprime pas les risques.

➤ Troubles liés à l'usage

La nicotine, très addictive, provoque rapidement des syndromes de tolérance, de « craving » et de sevrage (« manque »): irritabilité, angoisse, envie difficilement répressible de reprendre

une cigarette. Les gestes et le rituel du fumeur s'ancrent dans les comportements et les habitudes de la personne.

➤ Cancers

Le tabac est en cause dans la grande majorité des cancers des poumons, des bronches, du larynx, de la cavité buccale, de l'œsophage. Il augmente fortement le risque d'autres cancers (de la vessie, du pancréas, de l'estomac, du foie, du rein, du sein...).

➤ Maladies respiratoires

Essentiellement due au tabagisme, la bronchite chronique évolue vers l'insuffisance respiratoire chronique obstructive si l'usage du tabac n'est pas stoppé. L'emphysème (dilatation excessive et permanente des alvéoles pulmonaires, avec rupture de leurs cloisons) est aussi une maladie souvent liée au tabagisme.



➤ **Maladies cardiovasculaires**

Le tabagisme est un des principaux facteurs de risque d'infarctus du myocarde. Les accidents vasculaires cérébraux, l'artérite des membres inférieurs, les anévrismes, l'hypertension artérielle sont aussi liés, en partie, à la fumée de tabac.

➤ **Autres risques**

Altération des dents (jaunissement, déchaussement, fragilisation des gencives, mauvaise haleine...) et de la peau; complications post-opératoires (le tabac complique la cicatrisation); diminution des capacités sexuelles et de la fertilité; carences en vitamines B et C...



Femmes

- Le tabac favorise le cancer de l'utérus et le cancer du sein.
- À consommation égale, les femmes semblent plus sensibles que les hommes à certaines pathologies, notamment le cancer du poumon.
- L'association pilule-tabac accroît les risques cardiovasculaires.
- Certaines maladies respiratoires présentent chez les femmes des facteurs de risque et une sévérité accrues.
- Le tabagisme peut aussi entraîner: baisse de la fertilité, ménopause précoce, perturbation du système hormonal, développement de l'ostéoporose.

Tabac et grossesse

La consommation de tabac chez la femme enceinte (ou dans son entourage) comporte des risques à court terme: grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée, accouchement prématuré, petit poids de naissance du bébé, mort subite du nourrisson...

Le tabagisme passif subi par le fœtus d'une femme enceinte fumeuse l'expose à de nombreux risques pour l'avenir: asthme, infections respiratoires, otites récidivantes, troubles de l'attention, hyperactivité, troubles de l'apprentissage... L'enfant né d'une mère fumeuse a également un risque plus important de devenir fumeur.

IL EST POSSIBLE ET BÉNÉFIQUE D'ARRÊTER DE FUMER À N'IMPORTE QUEL MOMENT DE LA GROSSESSE. L'utilisation des substituts nicotiques est autorisée sous contrôle médical chez les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. Les substituts peuvent être prescrits par un médecin, un gynécologue ou une sage-femme.

Non-fumeurs

La fumée du tabac provoque des dommages importants sur la santé de l'entourage des fumeurs. L'infarctus du myocarde et les attaques cérébrales sont les premières causes de mortalité dues au tabagisme passif, suivies par les cancers du poumon et les maladies respiratoires. Cette réalité est encore mal connue par le grand public: en 2010, seuls 24,7 % des non-fumeurs déclaraient craindre (« un peu », « assez » ou « beaucoup ») pour eux-mêmes les maladies liées au tabac.

QUELLES SOLUTIONS POUR ARRÊTER DE FUMER?

Arrêter de fumer, c'est possible, quels que soient son âge et sa consommation. Contrairement à une idée reçue, l'arrêt n'est pas lié à la volonté ou à la force de caractère mais à la motivation de changer.

Pour augmenter ses chances d'arrêter de façon durable, il est possible de se faire aider par des professionnels: conseillers et tabacologues du service d'aide à distance Tabac Info Service, professionnels de santé (médecins de ville, pharmaciens), consultations de tabacologie...

Selon le profil et la motivation de la personne, ils recommanderont les traitements d'aide à l'arrêt les plus adaptés (médicaments et/ou thérapies).

Des substituts nicotiques remboursés par l'Assurance Maladie

Les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) prescrits par un médecin ou une sage-femme sont remboursés par l'Assurance Maladie à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Ce montant a été porté à 150 € pour les femmes enceintes et, plus récemment, pour les jeunes de 20 à 25 ans. Pour être remboursés, ces substituts nicotiques doivent être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits; aucun autre traitement ne doit figurer sur l'ordonnance.

ADULTES ET JEUNES

TABAC INFO SERVICE
www.tabac-info-service.fr
39 89

Lundi-samedi 8h-20h.

0,15 €/min depuis un poste fixe pour
le 1^{er} appel puis rappel gratuit.

- Le site internet propose: des conseils, des exercices et des tests pour bien préparer la personne et augmenter ses chances de réussite; un service de coaching personnalisé par mail pour l'accompagner dans sa démarche d'arrêt; des informations et de la documentation téléchargeable sur le tabac.
- La ligne téléphonique permet à la personne de s'entretenir avec un conseiller (pour avoir des informations, des conseils, des adresses de proximité) ou avec un tabacologue qui la suivra dans la durée.

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES : WWW.OFDT.FR /
WWW.INPES.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

Les ventes de cigarettes ont baissé au long des années 1990 avec un décrochement en 2003-2004, au moment de l'augmentation répétée des prix. Sur les cinq dernières années, les ventes stagnent mais le nombre de fumeurs quotidiens a augmenté chez les adultes. Ce paradoxe peut s'expliquer par la baisse du nombre moyen de cigarettes fumées (13,6 par jour en 2010, 15,1 en 2005) mais aussi par l'approvisionnement plus fréquent hors des bureaux de tabac français. Concernant les jeunes de 17 ans, les expérimentations continuent à baisser mais les usages plus réguliers augmentent. Le tabagisme quotidien concerne 31,5 % des jeunes en 2011, contre 28,9 % en 2008.



NOMBRE DE FUMEURS EN FRANCE [1]

→ **32 %** des 18-85 ans interrogés en 2010 (36 % des hommes, 28 % des femmes) se sont déclarés fumeurs.

→ **19 %** des 18-85 ans interrogés en 2010 (23 % des hommes, 16 % des femmes) ont déclaré fumer au moins 10 cigarettes par jour.

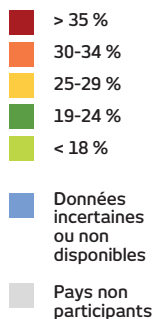
CHEZ LES JEUNES [2, 8]

→ **31,6 %** des jeunes de 17 ans interrogés en 2011 (33,1 % des garçons, 30,1 % des filles) se sont déclarés fumeurs.

→ **7,7 %** des jeunes interrogés (9,6 % des garçons, 5,8 % des filles) ont déclaré fumer au moins 10 cigarettes par jour.

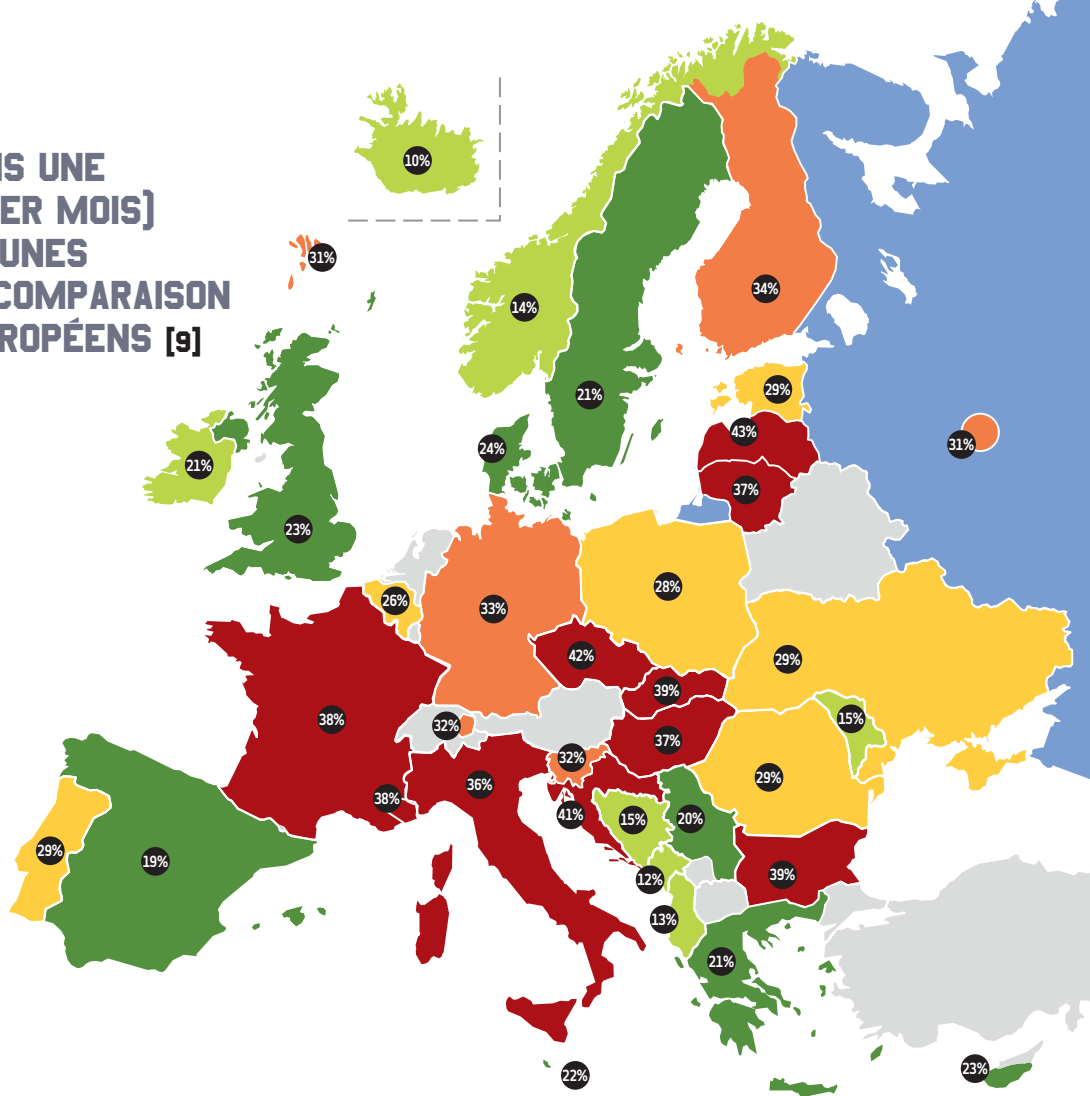
→ **16,6 %** des collégiens en classe de 3^e déclarent fumer tous les jours.

USAGE RÉCENT (AU MOINS UNE FOIS AU COURS DU DERNIER MOIS) DE TABAC PARI MI LES JEUNES SCOLARISÉS DE 16 ANS, COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS EUROPÉENS [9]

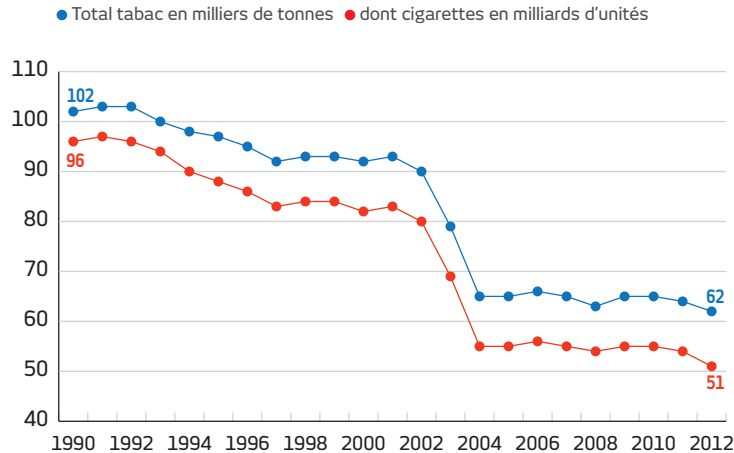


Pour la Belgique, la Bosnie-Herzégovine et l'Allemagne: données partielles (couvrant seulement une partie du territoire du pays).

Pour l'Espagne et le Royaume-Uni: comparabilité limitée.



ÉVOLUTION DES VENTES DE CIGARETTES EN FRANCE [1990-2012] [14]



Sur les 62133 tonnes de tabac vendues au sein du réseau des buralistes en 2012, l'essentiel (51456 tonnes) est constitué de cigarettes.

En France, depuis 1995 et la privatisation totale d'Altadis (ex-Seita), seule la vente du tabac au détail reste un monopole d'État par l'intermédiaire des débitants de tabac.

ACHATS TRANSFRONTALIERS [15, 16]

Une cigarette sur cinq consommée en France n'a pas été achetée dans un bureau de tabac français. Cet écart est attribuable en grande partie aux achats transfrontaliers, qui représenteraient 10 700 tonnes, soit 15 % de la consommation. Le volume restant provient des achats en zone hors taxes, sur Internet et en contrebande. En 2012, les services douaniers ont saisi 371 tonnes de tabac.

ARRÊT DU TABAC [1, 17, 18, 19]

→ **56 %** des fumeurs de 15-75 ans interrogés en 2010 ont déclaré avoir envie d'arrêter de fumer.

→ **77 000**

C'est en 2011 le nombre d'appels reçus par la ligne téléphonique d'aide à distance Tabac Info Service.

→ **90 000**

C'est le nombre de patients vus chaque semaine en médecine de ville pour un sevrage tabagique en 2009.

→ **2,4 millions**

C'est en 2012 le nombre de fumeurs qui ont eu recours à des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac: 96 % ont utilisé des substituts nicotiniques (formes orales ou timbres transdermiques) et 4 % du Champix® (varénicline).

MORTALITÉ LIÉE AU TABAC [20, 21]

→ 73 000

C'est le nombre de décès annuels directement imputables au tabagisme, dont 80 % d'hommes.

→ 34 % des décès prématurés chez les hommes de 30-69 ans sont imputables au tabac.

TABAC : QUE DIT LA LOI ?

Outre l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, la loi interdit :

- toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ;
- la vente des produits du tabac aux moins de 18 ans ;
- la production et la vente de certaines cigarettes « aromatisées » destinées aux jeunes.

Elle autorise, sous certaines conditions, les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

Il est interdit de fumer* :

- dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail ;
- dans les établissements de santé ;
- dans l'ensemble des transports en commun ;
- dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts comme les cours d'école) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

* Loi du 10 janvier 1991 (loi Évin) modifiée par le décret du 15 novembre 2006.

En cas de non-respect de la loi

- Fumer hors des emplacements réservés est passible d'une amende de 68 € (contravention de 3^e classe).
- Ne pas avoir mis en place les normes applicables aux emplacements réservés est sanctionné par une amende de 135 € (contravention de 4^e classe).

Dans les lieux fermés et couverts**, le responsable d'établissement pourra décider sous certaines conditions de la création d'emplacements réservés aux fumeurs. Afin de protéger les non-fumeurs du tabagisme passif, aucun service n'est délivré dans ces emplacements. Les mineurs ne peuvent y accéder. Une signalisation avec un message de prévention doit être apposée à l'entrée.

Tabagisme et terrasses de café

Selon la Cour de cassation (arrêt du 13 juin 2013), il est interdit de fumer sur les terrasses closes à la fois sur les côtés, la façade et la couverture ou toiture, même si une aération partielle a été prévue. Pour pouvoir être considérée comme ouverte (et donc accueillir des fumeurs), une terrasse ne doit avoir ni toit ni auvent, ou bien si elle a un toit ou auvent, elle doit alors être intégralement ouverte en façade frontale. Une circulaire du ministère de la santé précise que la terrasse doit être physiquement séparée de l'intérieur de l'établissement et ne pas constituer un simple prolongement de celui-ci, dont aucune cloison ne la séparerait.

** Sauf écoles, collèges, lycées, universités, établissements de santé, établissements destinés ou régulièrement utilisés pour l'accueil, la formation, l'hébergement ou la pratique sportive des mineurs.



Les médicaments psychoactifs

| | |
|--|-----|
| QU'EST-CE QU'UN MÉDICAMENT PSYCHOACTIF ? | 101 |
| QU'EST-CE QUE LE « MÉSUSAGE » DE MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS ? | 102 |
| EFFETS ET RISQUES DU MÉSUSAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS | 103 |
| TROUBLES LIÉS AU MÉSUSAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS | 106 |
| CHIFFRES CLÉS | 108 |
| QUE DIT LA LOI ? | 109 |

QU'EST-CE QU'UN MÉDICAMENT PSYCHOACTIF ?

Prescrit et utilisé avec discernement, un médicament psychoactif permet d'atténuer ou de faire disparaître un trouble ou une souffrance psychique: anxiété, dépression, trouble du sommeil, troubles délirants...

► Un médicament psychoactif est prescrit par un médecin

Après examen, celui-ci établit un diagnostic et détermine le traitement adapté à l'état de santé du patient.

Un grand nombre de personnes demandent à leur médecin des médicaments pour faire face à des troubles provoqués par leurs difficultés quotidiennes: personnes âgées confrontées à la solitude, personnes soumises à une surcharge de responsabilités, exposées au stress ou à un événement éprouvant, personnes victimes de troubles du sommeil (transitoires, occasionnels ou chroniques)...

► Dans tous les cas, les prescriptions ont une durée limitée

Pour renouveler une prescription, il faut à nouveau consulter un professionnel de santé.

QU'EST-CE QUE LE « MÉSUSAGE » DE MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS?

Les médicaments psychoactifs peuvent faire l'objet de mésusage²⁰ voire de trafic, au même titre que les substances psychoactives illicites. Les traitements de substitution prescrits en cas de trouble lié à l'usage d'héroïne sont également concernés par le mésusage.

Certaines personnes cumulent un mésusage de médicaments psychoactifs et un usage de substances psychoactives licites ou illicites (alcool, autres drogues). Cette association comporte des dangers, d'autant que certaines interactions sont méconnues médicalement. Le mélange avec l'alcool, notamment, potentialise ou parfois annule les effets des substances absorbées.

²⁰. Usage non conforme à une prescription établie par un médecin ou usage en dehors de toute prescription.



EFFETS ET RISQUES DU MÉSUSAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS

Les effets des médicaments psychoactifs diffèrent selon leur composition chimique, les doses administrées et la sensibilité individuelle de chaque patient. Ils diffèrent également selon la (ou les) catégorie(s) à laquelle ils appartiennent :

- tranquillisants (ou anxiolytiques),
- somnifères (ou hypnotiques),
- neuroleptiques (ou antipsychotiques),
- antidépresseurs,
- thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur),
- analgésiques et antalgiques (antidouleur).

Les tranquillisants (ou anxiolytiques) ne sont pas indiqués pour une maladie précise mais pour diminuer l'anxiété et ses manifestations. Cependant, tout état de ce type ne nécessite pas systématiquement une prescription de ces médicaments. Les tranquillisants les plus prescrits, notamment pour des durées longues, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui sont connues pour le risque de troubles qu'elles entraînent [voir p. 104].

Les somnifères (ou hypnotiques) sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Les somnifères les plus prescrits, notamment pour des durées longues, n'appartiennent pas à la famille des benzodiazépines, mais celles-ci sont encore souvent utilisées en raison de leur efficacité contre l'anxiété. Les somnifères sont parfois utilisés de façon abusive, à doses massives ou en association à d'autres produits, notamment l'alcool.

Largement consommées en France, les benzodiazépines sont prescrites pour apaiser l'angoisse ou l'anxiété, favoriser le sommeil ou faciliter la relaxation musculaire. Elles peuvent entraîner des effets indésirables (baisse de la vigilance, somnolence, diminution des réflexes) qui rendent dangereuses la conduite d'un véhicule ou l'utilisation d'une machine.

Certaines ont des effets désinhibants pouvant mener à des actes incontrôlés. La prise d'alcool au cours d'un traitement est déconseillée. Leur association avec des traitements de substitution aux opiacés expose à un risque de dépression respiratoire pouvant provoquer la mort.

Elles peuvent entraîner des troubles liés au mésusage, favorisés par une durée trop longue du traitement, des doses trop importantes, l'état de santé de la personne, l'association à l'alcool. Des symptômes de sevrage peuvent se manifester en cas d'arrêt trop brutal du traitement : insomnie, douleurs musculaires, anxiété, irritabilité, agitation. Un arrêt progressif permet d'arrêter ces symptômes.

Les neuroleptiques (ou antipsychotiques) relèvent de prescriptions psychiatriques, notamment pour le traitement des états délirants aigus et chroniques (maladies mentales qui affectent les comportements, le rapport à la réalité et dont le malade ne reconnaît pas toujours le caractère pathologique). Dans le traitement de ces maladies, la prise en charge psychologique et sociale du patient doit être associée au traitement médicamenteux. Comme pour tout traitement médical, son interruption est particulièrement déconseillée sans l'avis du médecin.

Les antidépresseurs sont prescrits dans le traitement de la dépression. Ils peuvent entraîner des effets indésirables (perte de vigilance, somnolence ou excitation) et doivent être réservés aux dépressions diagnostiquées par un médecin. La diminution de la posologie doit être progressive pour éviter des symptômes comme des nausées ou des sensations de vertige en cas d'arrêt brutal.

Contrairement aux tranquillisants et aux somnifères, les neuroleptiques et les antidépresseurs font assez rarement l'objet de mésusage.

Les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur) sont prescrits dans le traitement du trouble bipolaire. Ils peuvent entraîner des effets indésirables et doivent être prescrits par un médecin.

Les analgésiques et les antalgiques sont des médicaments destinés à éliminer ou à réduire la douleur. Certains d'entre eux (Skénan®, Moscontin®, Temgesic®, Codoliprane®, Neo-codion®...) contiennent des opiacés et peuvent entraîner des syndromes de tolérance et de sevrage (« manque »).

D'autres catégories de médicaments psychoactifs peuvent faire l'objet de mésusage, notamment les psychostimulants et les médicaments de substitution aux opiacés (MSO).



TROUBLES LIÉS AU MÉSUSAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS

L'installation des troubles peut se faire de plusieurs manières.

► Une escalade médicamenteuse, à l'insu du patient

Les médicaments sont généralement pris suite à une prescription médicale et, face à la persistance des souffrances ou à l'apparition de symptômes nouveaux, l'escalade médicamenteuse peut s'installer. En effet, la personne cherche toujours le produit qui la guérira, et le médecin, tout en percevant plus ou moins le bien-fondé de cette demande, prescrit de nouveaux médicaments et/ou augmente la posologie. La situation peut se compliquer lorsque le patient fait lui-même ses mélanges, associe les diverses ordonnances d'un ou de plusieurs médecins, sans avoir l'intention ni le sentiment de se « droguer ».

Attaché à ses ordonnances, il ne supporte pas que le médecin supprime un ou plusieurs produits et consomme de façon rituelle des quantités considérables de comprimés, gélules, etc. Dans cette conduite, il est difficile de faire la part des troubles liés au mésusage, de la crainte de la souffrance initiale et du désir de médicament.

► Une surconsommation médicamenteuse volontaire

Elle concerne les médicaments psychoactifs (notamment les opiacés et les benzodiazépines) mais aussi d'autres médicaments non psychotropes, les associations de différents médicaments n'étant pas rares : la vie de l'utilisateur est centrée sur sa consommation (avec une alternance entre des moments de consommation contrôlée et des moments de consommation excessive). Les effets recherchés peuvent être l'oubli, le sommeil, le soulagement de l'anxiété mais aussi des sensations voluptueuses ou le plaisir de fonctionner dans un « état second ».



S'en tenir à l'ordonnance du médecin

- Tranquillisants ou somnifères peuvent être prescrits temporairement sans conséquences pour la santé.
- Les médicaments psychoactifs ne doivent pas être réutilisés sans nouvel avis médical et ne conviennent pas à une autre personne: une prescription est individuelle et personnelle.
- Une consultation médicale ne se termine pas obligatoirement par la prescription de médicaments, notamment de tranquillisants ou de somnifères.
- Un état anxieux ne relève pas systématiquement d'une prescription de tranquillisants. Le médecin saura s'il s'agit d'une maladie ou de difficultés passagères, et proposera alors des solutions adaptées.
- Le patient doit se conformer strictement à l'ordonnance du médecin.

► La consommation médicamenteuse chez les usagers réguliers d'héroïne ou de cocaïne

Parmi les usagers de drogues, la consommation des médicaments psychoactifs (notamment les benzodiazépines) peut être thérapeutique, constituer une automédication ou être « détournée » de son usage thérapeutique. Dans ce dernier cas, ils sont consommés pour apporter des sensations nouvelles ou moduler les effets sédatifs ou excitants des substances psychoactives consommées par ailleurs (héroïne, cocaïne...). L'association avec l'alcool est fréquente dans le cadre de ces polyconsommations [voir p. 172].

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDI.FR / WWW.ANSM.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

La consommation de médicaments psychoactifs est le plus souvent justifiée par un motif thérapeutique, même si on ne connaît pas précisément la part du mésusage.

Les ventes de benzodiazépines sont orientées à la baisse, même si leur consommation reste importante. Chez les jeunes de 17 ans, le pourcentage de consommateurs d'anxiolytiques ou d'hypnotiques est également en diminution depuis 2008.

CONSOMMATION CHEZ LES ADULTES [1]

→ **18 %** des 18-75 ans interrogés en 2010 ont déclaré avoir consommé au moins un médicament psychoactif au cours des douze derniers mois.

Cette proportion dépasse 30 % chez les femmes de 55- 64 ans.

CHEZ LES JEUNES DE 17 ANS [2]

→ **12,6 %** des jeunes interrogés en 2011 (16,4 % des filles) ont déclaré avoir consommé un anxiolytique ou un hypnotique au moins une fois au cours de l'année.

MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS : QUE DIT LA LOI ?

Tout médicament, avant sa commercialisation, doit obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM). Elle est accordée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) après une évaluation du dossier présenté par l'industriel, comprenant notamment les résultats des essais toxicologiques, pharmacologiques et cliniques.

Plusieurs années s'écoulent donc entre la découverte de la molécule qui entrera dans la composition du médicament et sa mise sur le marché.

Les médicaments psychoactifs sont délivrés en pharmacie et, pour la plupart, uniquement sur ordonnance médicale.

Une durée de prescription limitée

Depuis 1991, la durée des prescriptions des tranquillisants et des somnifères est limitée pour que le médecin évalue régulièrement l'intérêt du traitement :

> 4 semaines pour les somnifères ;

> 12 semaines pour les tranquillisants.

Des mesures restrictives particulières peuvent être prises pour des médicaments susceptibles d'être détournés pour un mésusage.

Une nouvelle prescription ne peut être établie qu'après un bilan de la situation clinique du patient par le médecin qui reste l'interlocuteur incontournable.

La publicité des médicaments en général et des médicaments psychoactifs en particulier est réglementée.

Autres substances licites détournées de leur usage

| | |
|-------------------------------------|------------|
| <u>LES POPPERS</u> | <u>110</u> |
| <u>AUTRES INHALANTS ET SOLVANTS</u> | <u>112</u> |
| <u>LA KÉTAMINE</u> | <u>113</u> |
| <u>LE GHB / GBL</u> | <u>114</u> |
| <u>CHIFFRES CLÉS</u> | <u>115</u> |

LES POPPERS

Ce sont des substances chimiques contenant des nitrites (d'amyle, de butyle ou d'isopropyle) dissous dans des solvants.

Ils se présentent sous la forme d'un petit flacon / ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu.

Ils sont utilisés comme aphrodisiaques et euphorisants dans les milieux gays depuis les années 1970. Leur consommation s'est étendue depuis à d'autres usagers, en milieu festif.

Leur usage n'est pas interdit mais il comporte certains risques.



Effets

- Les poppers peuvent provoquer une sensation d'euphorie, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque.
- Ils sont aussi utilisés pour optimiser les performances sexuelles.
- Leurs effets ne durent pas plus de 2 minutes.

Risques

- Leur consommation peut s'accompagner de troubles transitoires (vertiges, maux de tête) ou durables en cas de consommation répétée ou à forte dose (dépression respiratoire, anémie grave, problèmes d'érection, intoxication, etc.).
- Entre 1999 et mars 2011, 817 cas symptomatiques d'exposition aux poppers ont été recensés en France, dont 146 graves (cyanose, coma, troubles respiratoires et cardiaques...) et 6 qui ont entraîné le décès des personnes.

AUTRES INHALANTS ET SOLVANTS

Ce sont des substances chimiques contenues dans des produits d'usage courant que l'on peut légalement se procurer dans le commerce. Inhalés, ces produits sont utilisés pour leurs effets psychoactifs, en particulier par des enfants ou des adolescents très jeunes. Ils ont une forte toxicité. Les solvants organiques (volatils ou gazeux) les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. On les trouve dans une gamme de produits variés: colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, gaz, propulseurs de bombes aérosols, etc.

Effets

Ces substances provoquent successivement:

- une euphorie avec sensation d'ivresse, suivie, chez certains consommateurs, de troubles de la perception pouvant conduire à des hallucinations;
- une somnolence allant parfois jusqu'à la perte de conscience.

Risques

- Des accidents peuvent survenir lors d'une prise: asphyxie liée à l'inhalation dans un sac en plastique, explosion par chauffage de solvants volatils, arrêt cardiaque, expériences d'hallucinations, etc.
- L'usage à long terme entraîne des pathologies neurologiques, des lésions des reins, du foie, des voies respiratoires et du système digestif, ainsi que des troubles du comportement.

LA KÉTAMINE

Le chlorhydrate de kétamine est un produit utilisé en France en anesthésie humaine et vétérinaire. À forte dose, elle a des propriétés anesthésiques et analgésiques; à dose plus faible, elle génère des effets hallucinogènes. Ce sont ces derniers qui sont recherchés par les consommateurs qui détournent le produit de son usage. Généralement « sniffée », la kétamine est parfois injectée par voie intramusculaire.



Effets

- Engourdissement, avec perte du sens de l'espace.
- Sentiment de dissociation entre le corps et l'esprit.

Risques

L'utilisation de la kétamine en dehors d'un cadre médicalisé peut entraîner:

- des chutes, des pertes de connaissance qui peuvent aller jusqu'au coma;
- des troubles psychiques (anxiété, attaques de panique, épisode délirant) et neurologiques (paralysies temporaires), notamment en cas d'association avec d'autres hallucinogènes et/ou de l'alcool;
- une anesthésie / insensibilité pouvant conduire à négliger des blessures ou des brûlures.

Une tolérance amène les usagers à augmenter progressivement les doses consommées.

GHB ET GBL

Le GHB (gamma-hydroxybutyrate) est une molécule anesthésique à usage médical. Il a une double action : euphorisante, puis sédatrice. Il est généralement vendu sous forme de poudre soluble ou sous forme liquide. Il est ingéré. Deux substances proches, le GBL (acide gammabutyrolactone) et le BD (butanediol), se transforment en GHB une fois dans l'organisme. Ils ont les mêmes effets et présentent les mêmes risques. Plus facile d'accès et bon marché, le GBL a supplanté le GHB. Autrefois consommé surtout dans le milieu festif gay, son mésusage augmente auprès de jeunes expérimentateurs festifs.



Effets

- Les effets se manifestent rapidement et durent entre 45 et 90 minutes. Ils se traduisent par une légère euphorie, une capacité de communication amplifiée.
- La consommation de GHB ou de GBL peut entraîner des vertiges, des nausées, des contractions musculaires ou des hallucinations.

Risques

- En cas d'association avec de l'alcool ou en cas de dose trop forte, le GHB et le GBL peuvent provoquer une altération de la conscience, voire un coma de quelques heures, suivis d'une amnésie.

Cette particularité a été quelquefois exploitée dans des cas de viol, d'où leur appellation importée des États-Unis de « rape drugs » (drogues du viol).

- La consommation de GHB et de GBL provoque des syndromes de tolérance et de sevrage (« manque »).

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

EXPÉRIMENTATION [1, 2]

Poppers

5,3 % des 18-64 ans

9 % des jeunes de 17 ans

Colles, solvants

1,9 % des 18-64 ans

Kétamine

0,6 % des jeunes de 17 ans

GHB / GBL

0,1 % des 18-64 ans



Le cannabis

| | |
|---|-----|
| QU'EST-CE QUE C'EST ? | 116 |
| QUELS SONT LES EFFETS ET LES RISQUES À COURT TERME ? | 120 |
| QUELS SONT LES RISQUES D'UNE CONSOMMATION RÉGULIÈRE ? | 122 |
| EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ | 126 |
| CHIFFRES CLÉS | 128 |

QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une plante : le chanvre indien. Introduit en Europe au XIX^e siècle pour divers usages, il a été interdit en France au XX^e siècle²¹. La principale molécule psychoactive du cannabis est le THC (tétrahydrocannabinol). C'est cette molécule qui est inscrite sur la liste des stupéfiants. Le THC est responsable des effets du cannabis sur le système nerveux central. Il modifie la perception et les sensations. La teneur en THC varie selon les produits consommés. Le cannabis consommé aujourd'hui a tendance à être de concentration plus élevée que par le passé.

²¹. D'autres variétés de chanvre, à teneur très réduite en THC, sont autorisées, cultivées et exploitées par les industries agroalimentaires et textiles.

Le cannabis est consommé sous différentes formes :

➤ **l'herbe** (marijuana, « ganja », « beuh », etc.) : ce sont les tiges, les feuilles et les fleurs séchées du chanvre indien. Sa couleur peut aller du vert au brun. L'herbe se fume seule ou mélangée à du tabac, dans des cigarettes roulées (« joint », « pétard », « spliff »...), dans une pipe ou une pipe à eau (« bong » ou « bang »).

• *L'autoculture d'herbe [voir encadré p. 113] augmente en France, surtout chez les usagers réguliers.*

➤ **le haschich** (« hasch », « shit », « chichon », etc.) : c'est une résine compacte plus ou moins dure (de couleur brune, noire, verte ou jaunâtre selon les régions de production) qui se présente généralement sous forme de « barrettes » ou de « boulettes ». Le haschich est le plus souvent consommé mélangé à du tabac,

dans des cigarettes roulées. Il peut être coupé avec du henné, du cirage, de la paraffine ou d'autres substances plus ou moins toxiques.

• *Le haschich reste la forme de cannabis la plus disponible et la plus consommée en France.*



Certaines variétés d'herbe (dont la « sinsemilia » ou la « skunk ») sont très fortement dosées en THC.

► **l'huile**: liquide visqueux et goudronneux, vert foncé, marron ou noir, très concentré en THC. Les consommateurs y trempent des cigarettes. Son usage est peu répandu en France.

► Le cannabis est plus rarement consommé sous forme de gâteau (« space cake ») ou d'infusion.

« Barrettes »
de haschich
et « joints ».



Les cannabinoïdes de synthèse

Totalement fabriquées en laboratoire, ces molécules produisent des effets similaires à ceux du THC. Depuis quelques années, de très nombreuses variétés inédites sont régulièrement créées et mises en vente sur Internet. Comme elles sont toutes nouvelles, elles ne sont pas encore répertoriées comme stupéfiants au moment de leur apparition, d'où une autre (et fautive) appellation de « legal highs » ou « herbal highs ». Depuis 2008, plusieurs de ces molécules ont été détectées dans des « mélanges à base de plantes à fumer » (par exemple sous le nom « Spice », interdit depuis), des « encens », etc. Leur présence dans les mélanges n'est généralement pas indiquée, tandis que les mélanges contiennent rarement les plantes annoncées dans leur composition. Les gouvernements mènent un important travail de veille et de classification de ces substances au niveau international et national afin de les interdire au fur et à mesure de leur apparition. Il est désormais possible de classer en une seule fois comme stupéfiants toute une famille de substances similaires.

L'autoculture de cannabis

En 2010, 2 % des 18-64 ans (soit 80 000 personnes) ayant consommé du cannabis au moins une fois au cours de la dernière année déclaraient se procurer leur cannabis uniquement en le cultivant eux-mêmes en milieu naturel ou même en appartement. Cette production domestique représenterait près de 11,5 % des volumes de cannabis consommés en France. L'autoculture, en hausse depuis quelques années, s'expliquerait par le souci d'assurer sa consommation, de ne pas avoir à fréquenter les dealers, de mieux contrôler la qualité des produits mais aussi, parfois, d'en faire une source de profit. Produire du cannabis est considéré comme un crime par la loi française avec une peine maximale de vingt ans de prison et une amende pouvant aller jusqu'à 7 500 000 €. Vendre ou offrir du cannabis, même à ses amis, est assimilé à du trafic et entraîne des sanctions importantes [voir p. 169].



QUELS SONT LES EFFETS ET LES RISQUES À COURT TERME ?

- Les effets varient d'une personne à l'autre, en fonction du produit, de la quantité consommée mais aussi du contexte de consommation (usage solitaire ou présence d'un entourage). Les consommateurs recherchent un état de détente, de bien-être, d'euphorie et une modification des perceptions (par exemple, sensation de mieux entendre la musique). Les émotions et les sentiments sont décrits comme ressentis plus intensément.
- Mais ces effets recherchés ne sont pas toujours obtenus. Et le cannabis peut avoir des effets moins agréables : yeux rouges, augmentation du rythme cardiaque (palpitations), diminution de la sécrétion salivaire (sensation de bouche sèche), sensation de faim (voire de fringale).
- Dans certaines situations ou chez des personnes plus fragiles, la consommation de cannabis peut provoquer une sensation de mal-être et d'anxiété qui va parfois jusqu'au malaise : c'est le « *bad trip* ».

Le « bad trip » (« mauvaise expérience »)

■ C'est une intoxication aiguë qui peut se traduire par des tremblements, des sueurs, des vomissements, une impression de confusion, d'étouffement, une angoisse très forte, un sentiment de persécution, parfois des hallucinations... Le malaise peut aller jusqu'à la perte de connaissance. Un « bad trip » se produit plus fréquemment quand le consommateur a beaucoup fumé (ou fumé du cannabis très concentré en THC), s'il a également bu de l'alcool, s'il est fatigué ou fragilisé psychologiquement au moment où il consomme.

■ En cas de « bad trip » (pour soi ou quelqu'un d'autre), il ne faut surtout pas paniquer, mais plutôt se mettre au calme, s'étendre, respirer profondément, ne pas trop parler, attendre que ça passe... Si la personne perd connaissance, il faut la coucher sur le côté (position latérale de sécurité) et appeler rapidement les secours (composer le 15).

➤ Par ailleurs, le cannabis diminue les capacités de mémoire immédiate et de concentration chez les usagers, tant qu'ils sont sous l'effet du produit (de 2 à 10h selon les individus). La perception visuelle, la vigilance et les réflexes sont aussi modifiés. Ces troubles persistent 24h après la consommation. Ces effets peuvent rendre dangereuses l'utilisation d'outils et de machines et la conduite de véhicules. La prise combinée d'alcool et de cannabis augmente considérablement ces effets et donc les risques d'accidents [voir p. 174].

➤ Le cannabis fait partie des produits dopants interdits dans le cadre de compétitions ou de manifestations organisées par les fédérations: il peut être recherché dans les urines (plusieurs semaines après consommation) au cours des contrôles antidopage et donner lieu à des suspensions.



QUELS SONT LES RISQUES D'UNE CONSOMMATION À PLUS LONG TERME ?

Une consommation régulière de cannabis entraîne certains risques, en particulier pour les personnes les plus fragiles (physiquement ou psychologiquement).

Risques sociaux

Perte de motivation : pour le travail ou les études, les relations amicales ou familiales, les loisirs... Chez certains consommateurs réguliers, les effets du cannabis, le plaisir et la détente qu'il procure suffisent à occuper la vie, à se sentir bien sans rien faire. Un cercle vicieux peut alors s'installer : on fume > on est démotivé > on est inactif > on s'ennuie > on fume...

Isolement : fumer peut également servir à apaiser une souffrance, à mettre à distance des problèmes professionnels, scolaires, familiaux ou personnels. Les problèmes sont tenus à l'écart, évacués, mais pas confrontés et encore moins résolus. Le cannabis peut alors se substituer au dialogue et à la communication avec l'extérieur, avec le risque de restreindre ses relations, de s'enfermer dans sa « bulle ».

Risques physiques

Pour le système respiratoire : l'association du tabac et du cannabis entraîne des cancers du poumon plus précoces que le tabac seul. La fumée du cannabis contient plus de substances cancérigènes que celle du tabac: elle est toxique pour le système respiratoire; elle peut aussi favoriser les cancers de la gorge et de la bouche. Fumer est toxique quel que soit le mode de consommation: cigarettes (joints) ou pipes.

Pour le cœur : consommer du cannabis modifie le rythme cardiaque et peut être dangereux pour les personnes souffrant d'hypertension ou de maladies cardiovasculaires.

Pour le cerveau : des études récentes indiquent que la structure du cerveau peut être durablement altérée chez des adultes ayant eu une consommation importante de cannabis depuis un âge précoce [voir p. 24].

Pour les gencives et les dents : gingivites (inflammation des gencives), parodontites (inflammation des tissus autour des dents), stomatites (inflammation de la muqueuse buccale)...

Risques psychiques

➤ Le cannabis diminue les capacités de mémoire immédiate, de concentration, de vigilance, de prise de décision et d'attention chez les consommateurs réguliers. Chez les jeunes, cela peut entraîner de sérieuses difficultés scolaires. Certaines de ces anomalies peuvent persister après l'arrêt du cannabis.

➤ Chez certaines personnes fragiles, le cannabis peut engendrer ou aggraver un certain nombre de troubles psychiques comme l'anxiété, les crises de panique et favoriser la survenue d'une dépression.

➤ Il peut aussi (plus rarement) provoquer une psychose cannabique (désordre mental caractérisé par des hallucinations ou des idées délirantes qui nécessitent une hospitalisation d'urgence en milieu psychiatrique).

➤ Chez certaines personnes prédisposées, le cannabis peut également révéler ou aggraver les manifestations d'une maladie mentale grave: la schizophrénie.



Troubles liés à l'usage du cannabis

Les individus ne sont pas égaux face à ces troubles:

- pour la grande majorité de ceux qui l'expérimentent, la consommation de cannabis restera plus ou moins maîtrisée et pourra être diminuée ou arrêtée sans difficulté;
- pour d'autres, une consommation régulière et fréquente peut entraîner des troubles: les préoccupations sont alors centrées sur la recherche, l'achat et la planification des consommations;
- certaines personnes peuvent ressentir des symptômes de manque en cas d'arrêt ou de diminution sensible de leur consommation: stress accru, irritabilité, difficulté à s'endormir, manque de concentration, sentiment de désinvestissement ou de mal-être plus global, qui peut être le signe d'un état dépressif.



Huile de cannabis.



EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ

JEUNES ET ADULTES

ÉCOUTE CANNABIS

0980 980 940

Anonyme et confidentiel,
7j/7, 8h-2h du matin.
Appel non surtaxé.

Cette ligne téléphonique propose une aide et un soutien adaptés aux besoins de chacun : informations sur les effets, les risques, la loi, les lieux d'écoute, d'accompagnement et de soin ; conseils de prévention ; orientation vers des professionnels compétents.

DROGUES INFO SERVICE

www.drogues-info-service.fr

0800 23 13 13

Anonyme et confidentiel,
7j/7, 8h-2h du matin.
Appel gratuit depuis un poste fixe.

- Le **site internet** permet de s'informer (dictionnaire des drogues, chiffres clés, questions fréquentes, quiz...), de dialoguer (en posant ses questions de manière anonyme et gratuite aux professionnels du site avec réponse sous 48h, en échangeant avec les autres internautes...) et d'être aidé (solutions d'accompagnement et de soin, adresses utiles les plus proches chez soi...).
- La **ligne téléphonique** permet de s'entretenir avec un conseiller (pour parler, avoir des informations, des conseils, des adresses de proximité).

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

Le cannabis est, de loin, le produit illicite le plus consommé en France : environ un tiers des 18-64 ans et quatre jeunes de 17 ans sur dix (surtout les garçons) déclarent en avoir consommé au cours de la vie. Les résultats des dernières enquêtes montrent des usages stables parmi les adultes et une légère baisse de l'expérimentation chez les plus jeunes. Les usages réguliers (dans l'année, dans le mois) continuent à diminuer (de plus en plus faiblement) depuis 2005 chez les jeunes mais la France reste l'un des pays européens où la proportion de consommateurs de cannabis chez les 15-16 ans est la plus élevée.

EXPÉRIMENTATION [1, 2, 8]

→ 33 %

des 18-64 ans

41 % des hommes

25 % des femmes

→ 41,5 %

des jeunes de 17 ans

44 % des garçons

39 % des filles

→ 10 %

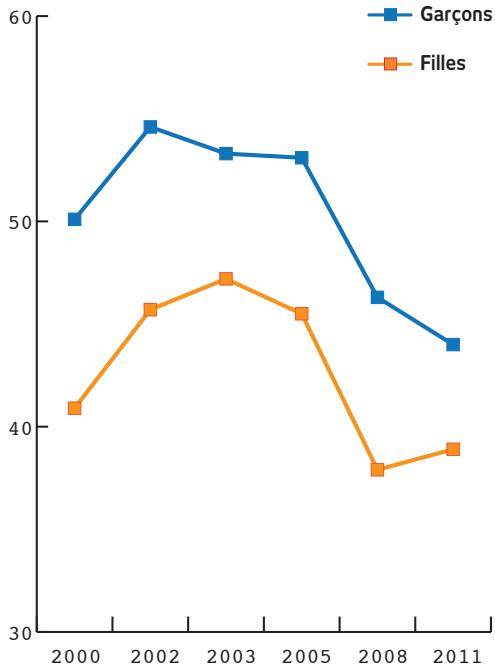
des collégiens

24 % en classe de 3^e

interrogés dans des enquêtes récentes ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie.

Toutefois, l'évolution récente montre une stabilisation de l'expérimentation chez les jeunes.

Expérimentation de cannabis selon le sexe et l'âge depuis 2000 (%)



USAGE RÉGULIER [1, 2]

→ **2,2 %**
des 18-64 ans
soit 1,2 million d'utilisateurs

→ **6,5 %**
des jeunes de 17 ans
9,5 % des garçons
3 % des filles

interrogés dans des enquêtes récentes ont déclaré au moins 10 consommations de cannabis au cours des 30 derniers jours.

550 000 personnes consomment du cannabis tous les jours.

ACCOMPAGNEMENT ET SOIN [10, 22]

→ 38 200

C'est le nombre de personnes vues en 2010 pour un problème de cannabis dans les structures spécialisées (CSAPA ou CJC).

Pour beaucoup d'utilisateurs, le contact avec les soignants de ces centres est de courte durée. D'autres peuvent être suivis sur de longues périodes. Le nombre de personnes vues dans le système de soins pour un problème de cannabis est sans doute un peu plus élevé, certaines pouvant aussi être accueillies dans les hôpitaux et par les médecins de ville.

MORTALITÉ ROUTIÈRE LIÉE AU CANNABIS [13]

→ 499

C'est en 2011 le nombre de décès suite à des accidents de la route ou au moins un conducteur a subi un test positif au cannabis, que l'accident lui soit imputable ou non.

Conduire après usage du cannabis **double en moyenne (x 1,8)** le risque d'être responsable d'un accident mortel. Ce risque s'accroît avec la concentration de THC dans le sang.

« Mélanger » cannabis et alcool **multiplie par 15** le risque d'être responsable d'un accident mortel.



La cocaïne

cocaïne poudre, freebase = crack

| | |
|------------------------------------|-----|
| QU'EST-CE QUE C'EST ? | 132 |
| QUELS SONT LES EFFETS ? | 136 |
| QUELS SONT LES RISQUES IMMÉDIATS ? | 138 |
| TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE COCAÏNE | 140 |
| POUR EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ | 141 |
| CHIFFRES CLÉS | 142 |

QU'EST-CE QUE C'EST ?

La cocaïne est une substance psychoactive contenue, en très petite quantité, dans la feuille du cocaïer²², un arbuste d'Amérique du Sud.

22. Si la consommation de la feuille de coca est tolérée dans quelques pays d'Amérique du Sud (où elle est utilisée depuis des millénaires pour ses effets légèrement stimulants et dans le cadre de cérémonies rituelles), son importation et sa consommation sont interdites en France.

Elle se présente sous deux formes, toutes deux très toxiques :

- une poudre blanche, généralement « sniffée » (« trait », « ligne » ou « rail » de coke) mais qui peut être également injectée par voie intraveineuse ;
- une forme plus solide (« cailloux »), très concentrée et généralement fumée : la cocaïne base = freebase = crack.



POUDRE OU CAILLOUX DE CRACK , LA COCAÏNE EST TOUJOURS TRÈS TOXIQUE



Des produits de « coupe » parfois toxiques

La cocaïne est toujours plus ou moins « coupée », mélangée à des produits qui ont sa couleur et son aspect. Ces produits sont en général relativement neutres, sans effet particulier (ex. : sucre, caféine, lactose...). Mais il peut s'agir parfois de substances psychoactives qui peuvent interagir avec la cocaïne ou de produits détournés de leur usage, dont certains peuvent être toxiques : phénacétine (antidouleur interdit en France car cancérigène), levamisole (vermifuge pour animaux), xylocaïne ou lidocaïne [voir encadré ci-contre]...

Les dérivés synthétiques de la cocaïne

Initialement développés dans le cadre de la recherche médicale, des dérivés synthétiques de la cocaïne sont proposés sur certains sites de vente sur Internet. C'est par exemple le cas de la 4-fluorococaïne, de la 2-hydroxycocaïne, de la diméthococaïne, de la procaïne ou encore de la lidocaïne. La plupart de ces molécules ne sont pas réglementées, sauf celles qui ont une utilisation dans le champ médical comme anesthésique externe ou local. Certaines d'entre elles, notamment la lidocaïne, sont par ailleurs utilisées comme produit de coupe de la cocaïne. La consommation de lidocaïne peut avoir des effets secondaires toxiques pour le cerveau (nervosité, tremblements, convulsions...) et pour le cœur (augmentation du rythme cardiaque, troubles du rythme cardiaque).



QUELS SONT LES EFFETS ?

La cocaïne est un produit psychostimulant: elle accélère le fonctionnement du cerveau et le fait « tourner en surrégime » en faisant disparaître certains signes d'alerte qui l'avertissent habituellement de la fatigue, du sommeil, de la douleur et de la faim.

À cause de ce dérèglement du cerveau, le consommateur peut éprouver juste après une prise:

- la sensation d'être « à fond » physiquement, plein d'énergie, très fort, infatigable;
- la sensation d'avoir plus de capacités intellectuelles (d'être plus vif, plus réactif);
- la sensation d'avoir une plus grande facilité dans ses relations avec les autres (pouvoir parler à tout le monde, avoir l'impression que « tout est possible »).

Ces sensations créent des illusions chez le consommateur. Il croit avoir plus d'énergie? En fait, il « grille » ses réserves. Il croit que sa fatigue disparaît? Sa fatigue est bien là mais il ne la sent plus. Il n'a pas plus de capacités intellectuelles, il mobilise plus rapidement les siennes. Et s'il se sent très sociable, c'est parce que la substance fait oublier les complexes et la timidité, avec des effets parfois visibles: agitation, bavardage sans queue ni tête, transpiration, dilatation des pupilles, crispation des mâchoires...

Et ces sensations sont de courte durée (moins d'une demi-heure quand la cocaïne est sniffée, 5-10 minutes quand elle est fumée). Quand elles disparaissent, la « descente » (le retour à la réalité) est pénible, la fatigue se fait sentir... Le consommateur peut alors se sentir irrité, déprimé par cette impression « d'être au ralenti », d'où l'envie de reprendre de la cocaïne pour se sentir à nouveau « à fond ».

Un cycle de consommations successives dans un court intervalle de temps peut alors s'installer, avec des effets indésirables plus importants: le cerveau s'emballé, les réserves d'énergie du corps se vident, la fatigue peut se transformer en épuisement.

D'autres effets pénibles, voire dangereux, peuvent parfois survenir: effet « parano » (qui peut rendre agressif, parfois violent), anxiété, crise d'angoisse, épisode dépressif, risque suicidaire, voire un état délirant avec des hallucinations (visuelles et auditives) ou même un syndrome de dépersonnalisation (impression de « sortir » de son corps)...



QUELS SONT LES RISQUES IMMÉDIATS ?

Il peut y avoir des risques importants pour la santé dès la première consommation. Personne ne peut savoir d'avance comment il va réagir, chacun réagit différemment à la même quantité d'un produit.

Dès la première fois, certaines personnes peuvent :

- faire des réactions allergiques, des crises d'épilepsie, des crises d'anxiété ou des attaques de panique ;
- connaître des troubles cardiaques : troubles du rythme cardiaque, douleurs très aiguës à la poitrine et même – surtout chez les fumeurs ou en cas de mélange avec l'alcool, le cannabis ou d'autres produits psychoactifs – infarctus ou arrêt cardiaque qui peuvent être mortels ;
- faire une surdose (problèmes cardiaques et respiratoires graves, parfois mortels).

En cas de partage du matériel de consommation (paille de sniff, seringue et matériel d'injection, pipe à crack), tout consommateur peut être infecté dès la première consommation par des virus pouvant provoquer des maladies graves : VIH/sida, hépatites B et C.

Ces risques infectieux sont particulièrement importants en cas de pratique de l'injection.

Fumer de la freebase (=crack) est particulièrement dangereux :

- parce que c'est une forme de cocaïne très concentrée, et donc très toxique,
- parce que fumer provoque une diffusion très rapide de la substance jusqu'au cerveau, et une « descente » très brutale.

Cela peut provoquer rapidement :

- un syndrome de « craving » très fort qui peut subsister longtemps après l'arrêt de toute consommation (avec des risques importants de rechute),
- des dommages sur le cerveau,
- des troubles cardiaques ou respiratoires graves,
- d'importants troubles psychiatriques (dépression, paranoïa, états délirants...),
- l'épuisement du corps.

L'utilisation de cutters et de pipes en verre pour préparer et fumer du crack peut provoquer des micro-coupures parfois invisibles aux mains et aux lèvres qui favorisent le risque de transmission des hépatites et du VIH/Sida.

La consommation de freebase (=crack) favorise également les infections dentaires, parodontales et les mycoses buccales.

TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE COCAÏNE

Le consommateur régulier de cocaïne est assez vite obligé d'augmenter les doses pour continuer à sentir des effets : on appelle cela la tolérance. Mais même en augmentant les doses, les effets recherchés ont plutôt tendance à diminuer, alors que les effets désagréables, voire dangereux, ont tendance à augmenter. La tolérance est particulièrement rapide avec la freebase (=crack). Le « craving » (pulsion, désir impérieux de consommer la substance) est très fort avec la cocaïne, surtout sous sa forme basée (freebase = crack).

Le syndrome de sevrage (« manque ») existe aussi avec la cocaïne mais il est moindre que celui qui peut se manifester avec l'alcool, le tabac ou les opiacés comme l'héroïne.

Il n'existe pas de traitement de substitution pour la cocaïne

Le soin fait appel à des combinaisons de traitements et techniques variés et à un accompagnement long et continu.



EN PARLER
ET ÊTRE AIDÉ

ADULTES ET JEUNES

DROGUES INFO SERVICE
www.drogues-info-service.fr
0800 23 13 13

Depuis poste fixe (appel gratuit),
service anonyme et confidentiel,
7j/7, 8h-2h du matin.

01 70 23 13 13

Depuis portable
(coût d'une communication ordinaire).

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

Les résultats des dernières enquêtes traduisent une augmentation de l'expérimentation et de l'usage dans l'année, chez les adultes et chez les jeunes. L'accessibilité de la cocaïne n'a cessé de se développer depuis 2000. Aujourd'hui, les populations concernées par son usage sont beaucoup plus larges et diversifiées.

EXPÉRIMENTATION [1, 2]

Cocaïne

→ 3,8 %
des 18-64 ans

→ 3 %
des jeunes de 17 ans

interrogés dans des enquêtes récentes ont déclaré avoir consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie.

L'expérimentation s'observe surtout chez les moins de 35 ans (7 % des 18-34 ans, 3 % des 35-54 ans, quasi nulle après).

Crack / freebase

→ **0,4 %**
des 18-64 ans

→ **0,8 %**
des jeunes de 17 ans

interrogés
dans des
enquêtes
récentes ont
déclaré avoir
consommé
du crack /
freebase au
moins une fois
au cours de
leur vie.

**USAGE DE COCAÏNE AU COURS
DE L'ANNÉE [1]**

Il ne concerne que **0,9 %** des 18-64 ans.

ACCOMPAGNEMENT ET SOIN [10]

→ **6 667**

C'est le nombre de personnes vues en 2010 pour un problème de cocaïne ou de crack dans les structures spécialisées (CSAPA).
Tendance: ↗ depuis 2000

MORTALITÉ PAR SURDOSE [23]

→ **32**

C'est en 2009 le nombre de décès par surdose où l'on a détecté de la cocaïne.

La cocaïne était seule en cause dans la moitié des cas, associée à d'autres produits dans l'autre moitié.

Amphétamines, MDMA/ecstasy et nouvelles drogues de synthèse

| | |
|--------------------------------|-----|
| QU'EST-CE QUE C'EST ? | 144 |
| QUELS EFFETS ? QUELS RISQUES ? | 148 |
| POUR EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ | 149 |
| CHIFFRES CLÉS | 150 |

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les amphétamines et la MDMA/ecstasy sont des drogues de synthèse (fabriquées en laboratoire).

LES AMPHÉTAMINES

Ce sont de puissants psychostimulants et anorexigènes. Elles ont autrefois été utilisées comme coupe-faim ou pour empêcher le sommeil.

Elles se présentent généralement sous la forme de poudre à sniffer et de comprimés.

Leur toxicité ainsi que les troubles psychiques qu'elles entraînent expliquent que les amphétamines aient été classées comme stupéfiants.

Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux: la méthamphétamine (appelée encore « crystal », « meth », « ice » ou « yaba ») dont la consommation reste très marginale en France.





LA MDMA / L'ECSTASY

La MDMA (méthylènedioxymétamphétamine) est une molécule de la famille des amphétamines.

Elle peut se présenter :

- sous forme de comprimés de couleurs et de formes variées, ornés d'un motif ou d'un logo qui change régulièrement. Dans ce cas, elle est également appelée « ecstasy » ;
- sous forme de poudre (éventuellement présentée en gélule) ou de cristaux : elle est appelée dans ce cas MDMA.

Les effets psychoactifs de la MDMA combinent certains effets des psychostimulants et des hallucinogènes. Le contenu d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy ou d'une poudre de MDMA est souvent incertain : sa concentration en MDMA est très variée voire nulle. Ils peuvent contenir de la caféine, des médicaments, des sucres et liants divers mais aussi d'autres substances psychoactives.



Plutôt consommée dans les fêtes

La MDMA a été synthétisée pour la première fois en 1912. Au cours des années 1970, des usages récréatifs sont rapportés pour la première fois aux États-Unis ; ils font leur apparition en Europe à la fin des années 1980. En France, au début des années 1990, la consommation d'ecstasy était essentiellement rattachée à des mouvements de culture musicale techno et aux fêtes de type « rave party » et « free party ». Aujourd'hui, la consommation de ce produit déborde de ce contexte culturel et peut se rencontrer dans tout type de lieu ou d'événement festif : bar, boîte, festival, concert, fête privée, etc.

LES « NOUVEAUX » STIMULANTS DE SYNTHÈSE

Connus sous les appellations anglo-saxonnes « designer drugs », « research chemicals » ou encore « party pills », de nouveaux stimulants de synthèse sont apparus ces dernières années. L'exemple le plus connu est la méphédrone, évoquée dans les médias début 2010 du fait de la diffusion de sa consommation parmi les jeunes Britanniques.

La structure moléculaire et les effets de ces substances se rapprochent de ceux de l'ecstasy ou de l'amphétamine. Le plus souvent, ils comportent aussi un effet hallucinogène.

Lorsqu'ils apparaissent sur le marché, ces produits ne sont pas encore classés comme stupéfiants : une particularité qui facilite grandement leur essor, même si le classement du produit intervient par la suite : en 2010 pour la méphédrone, en 2011 pour la 4-FMP.

L'apparition de ces nouvelles substances s'accélère en France, et plus largement en Europe. Elles profitent du développement du commerce sur Internet et la plupart d'entre elles sont achetées par ce biais.

La production et la vente de ces produits, même s'ils ne sont pas classés comme stupéfiants, peuvent être sanctionnés par les tribunaux au titre d'« exercice illégal de la pharmacie ».

QUELS EFFETS? QUELS RISQUES?

ECSTASY

Effets recherchés

Euphorie, bien-être, plaisir, empathie, communion sensorielle avec les autres.

Possibles effets non désirés

➤ Déshydratation et élévation de la température (hyperthermie). L'hyperthermie est plus forte quand le consommateur s'alcoolise, quand il se trouve dans une ambiance surchauffée et fait un effort physique important, comme souvent lors de fêtes ou de raves.

➤ Nausées, sueurs, maux de tête.

➤ Angoisse et incapacité à communiquer.

➤ Sensations de découragement et de déprime lors de la « descente ».

Risques immédiats

➤ Les accidents graves sont rares mais possibles: décès par hyperthermie, arythmies cardiaques, hépatite fulminante, trouble grave de la coagulation, insuffisance rénale.

➤ Des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations, paranoïa, risque suicidaire) et des pertes de connaissance ont été décrits.

Risques liés à un usage plus fréquent

➤ Irritabilité, amaigrissement, bruxisme (grincements incontrôlés de dents), trismus (blocage de la mâchoire), caries.

➤ Troubles cognitifs (mémoire, attention, concentration, prise de décision).

➤ Dépression.

➤ Lésions de cellules nerveuses possibles à la suite de consommations de MDMA. On ne sait pas à ce jour si elles sont réversibles.

AMPHÉTAMINES

Effets recherchés

Coupe-fatigue, coupe-faim, sensations de puissance, d'empathie.

Possibles effets non désirés

Sensations de découragement et de déprime lors de la « descente ».

Risques immédiats

- Possibles crises d'angoisse.
- Produits très dangereux pour les personnes souffrant de dépression, de schizophrénie, de problèmes cardiovasculaires et d'épilepsie.

Risques liés à un usage plus fréquent

- La dénutrition et le manque de sommeil peuvent entraîner l'épuisement, une grande nervosité et des troubles psychiques.
- Infections de la bouche, caries.

EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ

JEUNES ET ADULTES

DROGUES INFO SERVICE

www.drogues-info-service.fr

0800 23 13 13

Depuis poste fixe (appel gratuit),
service anonyme et confidentiel,
7j/7, 8h-2h du matin.

01 70 23 13 13

Depuis portable
(coût d'une communication ordinaire).

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

La consommation d'ecstasy (sous forme de comprimés) est en baisse, chez les jeunes de 17 ans comme chez les adultes. Il existe en effet une certaine désaffection pour ce produit, en partie démodé, et qui subit la concurrence des amphétamines et de nombreux nouveaux stimulants de synthèse. En revanche, la MDMA (forme poudre ou cristaux), autrefois très rare, se diffuse un peu plus largement en milieu festif.

EXPÉRIMENTATION [1, 2]

MDMA/Ecstasy

→ 2,7 %
des 18-64 ans

→ 1,9 %
des jeunes de 17 ans

interrogés dans des enquêtes récentes ont déclaré avoir consommé de la MDMA / Ecstasy au moins une fois au cours de leur vie.

L'expérimentation concerne surtout les jeunes adultes (6,8 % chez les 26-34 ans) et diminue progressivement jusqu'à être quasi nulle après 50 ans.

Amphétamines

→ **1,7 %**
des 18-64 ans

→ **2,4 %**
des jeunes de 17 ans

interrogés dans des enquêtes récentes ont déclaré avoir consommé des amphétamines au moins une fois au cours de leur vie.

L'expérimentation des amphétamines décroît moins avec l'âge, celles-ci ayant pu être utilisées par les femmes en tant que coupe-faim dans le cadre de régimes amaigrissants.

ACCOMPAGNEMENT ET SOIN [10]

→ **783**

C'est le nombre de personnes vues en 2010 dans les structures spécialisées (CSAPA) pour un problème d'ecstasy ou d'amphétamines.

MORTALITÉ [23]

→ **6**

C'est en 2009 le nombre de décès par surdose où l'on a détecté de l'ecstasy ou des amphétamines, toujours en association avec d'autres substances.

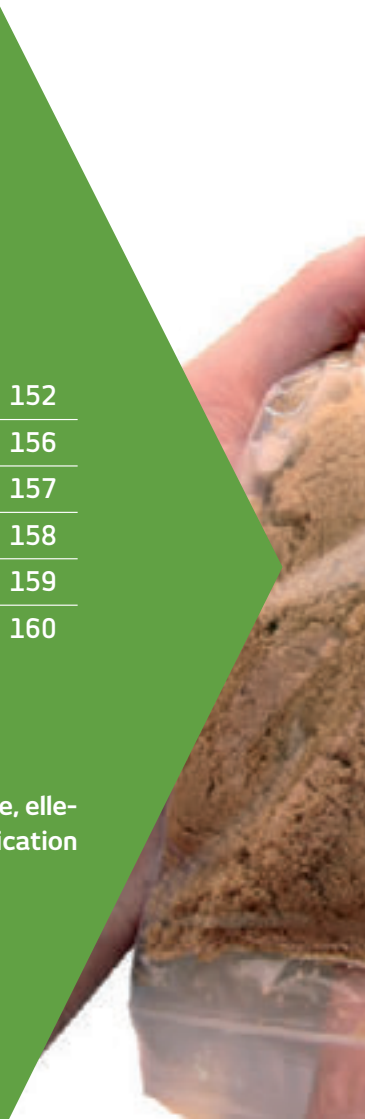
L'héroïne et autres opiacés

| | |
|---|-----|
| QU'EST-CE QUE C'EST ? | 152 |
| QUELS EFFETS ? | 156 |
| QUELS RISQUES DÈS LA 1 ^{RE} FOIS ? | 157 |
| TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'HÉROÏNE | 158 |
| POUR EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ | 159 |
| CHIFFRES CLÉS | 160 |

QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'héroïne est une substance psychoactive fabriquée à partir de la morphine, elle-même extraite d'une plante: le pavot blanc (ou pavot à opium). Sa fabrication nécessite l'utilisation de nombreux produits chimiques.

Pavot blanc (ou pavot à opium).





L'héroïne peut prendre :

- différentes formes : poudre, granulés, cailloux...
- différentes couleurs : blanche, brune, beige, grise, rosâtre...
- différents noms : rabla, came, tar, dré, poudre, smack, junk, horse, schnouff, blanche, brune, brown sugar...

L'héroïne peut être fumée, sniffée (renflée avec une « paille ») ou injectée (à l'aide d'une seringue). Quelle que soit la façon dont elle est consommée, elle comporte toujours des risques importants pour la santé.

L'injection est cependant le mode de consommation le plus dangereux, notamment en raison du risque particulièrement important de transmission sanguine du VIH/sida et des virus des hépatites B ou C.

« PURE » OU « COUPÉE », L'HÉROÏNE EST TOUJOURS TRÈS TOXIQUE

PAVOT BLANC

Extraction



OPIUM (sève contenue dans le fruit du pavot blanc)

Transformation chimique



HÉROÏNE « BASE »

Transformation chimique



HÉROÏNE « PURE » Très concentrée, très dangereuse

Mélange avec des produits de coupe parfois toxiques



HÉROÏNE « RECOUPÉE », SOUVENT PLUSIEURS FOIS

Mélange avec des produits de coupe



HÉROÏNE PROPOSÉE À LA CONSOMMATION

Peut prendre différentes formes, différentes couleurs, différents noms

Héroïne, morphine et autres opiacés

- L'héroïne est synthétisée pour la première fois en 1898 par un chimiste allemand, Heinrich Dreser, qui préconise de l'utiliser pour soigner la toux et les douleurs des personnes atteintes de tuberculose. L'héroïne est alors considérée comme susceptible de se substituer à la morphine. Très vite, cependant, une utilisation abusive se généralise et les dangers de l'héroïne se révèlent. En 1923, la Société des Nations déclare le produit dangereux et de faible intérêt thérapeutique. En 1924, l'utilisation non médicale de l'héroïne est prohibée aux États-Unis ; elle y sera totalement interdite en 1956.
- En France, l'héroïne n'est plus utilisée comme médicament depuis les années 1920. Tous ses usages sont interdits par la loi depuis 1963. La morphine reste autorisée dans un cadre médical (elle est prescrite par les médecins à l'hôpital pour calmer la douleur). Hors de ce cadre, la consommation ou le trafic de morphine (et d'opium) sont interdits par la loi.
- Certains médicaments fabriqués à partir de l'opium sont parfois détournés de leur usage de soins et utilisés comme des drogues. Il peut s'agir de médicaments utilisés pour le sevrage de l'héroïne (méthadone ou buprénorphine haut dosage, voir p. 159) ou de médicaments destinés à réduire ou à éliminer la douleur (Skénan[®], Moscontin[®], Temgesic[®], Codoliprane[®], Neo-codion[®]...). Le mésusage de ces médicaments comporte également de nombreux risques.

QUELS EFFETS?

Effets recherchés

- « Montée » plus ou moins rapide et puissante selon les modes d'administration et le produit.
- Puis sensations de calme, d'apaisement, de diminution de l'angoisse et de l'anxiété.
- Ces effets disparaissent après quelques heures et sont suivies d'une période de somnolence.

Les effets varient selon le mode de consommation, le produit, la dose, les caractéristiques physiques et psychologiques de chaque personne et la fréquence de consommation: les effets recherchés ressentis lors des premières prises ont tendance à diminuer par la suite, tandis que les effets pénibles et en particulier ceux liés au manque ont tendance à augmenter.

Possibles effets non désirés

- **Dès la 1^{re} prise:** ralentissement du rythme respiratoire / cardiaque et de la tension artérielle, possibles vertiges, nausées, vomissements...
- **Après quelques prises:** possibles perturbations des cycles du sommeil, perte d'appétit et de désir sexuel, retard ou impossibilité de l'orgasme ou de l'éjaculation chez l'homme, perturbation ou arrêt des règles chez la femme...
- **Lorsque la consommation régulière s'installe** (en quelques semaines, voire quelques jours): l'état de manque, entre deux consommations, a d'importants effets psychologiques (irritabilité, angoisse, perte d'appétit, trouble du sommeil...) et physiques (pouls élevé, étournements, sensation de froid intense, fièvre, douleurs dans les reins, maux de ventre, dérangements intestinaux...).

QUELS RISQUES DÈS LA 1^{RE} FOIS?

Les risques infectieux

➤ Consommer dans un environnement à l'hygiène insuffisante comporte des risques d'infections locales causées par des champignons ou des bactéries.

➤ Partager et réutiliser le matériel d'injection (seringue, récipient, eau, filtre, tampon d'alcool, tampon sec) ou la paille de sniff favorise la transmission du VIH/sida et des virus des hépatites B et C (les hépatites passent souvent inaperçues, peuvent provoquer des cancers et détruire le foie).

**LE MATÉRIEL D'INJECTION
OU LA PAILLE DE SNIFF
NE DOIVENT JAMAIS ÊTRE
PARTAGÉS NI RÉUTILISÉS.**

Le risque de surdose (overdose)

L'héroïne ralentit la respiration. Cet effet peut être très brutal et dangereux. Il peut s'accompagner d'un relâchement des muscles et de troubles de la conscience, entraîner un coma et parfois la mort : c'est ce qu'on appelle la surdose (ou overdose).

Ce risque existe quel que soit le mode de consommation (que l'héroïne soit fumée, sniffée ou injectée), quelle que soit la quantité consommée, même faible. Il est plus important :

- chez les nouveaux usagers (premières fois) ou en cas de reprise de consommation après une période d'abstinence ;
- si l'héroïne est très concentrée ou coupée avec des tranquillisants ;
- en cas de mélange avec d'autres drogues et/ou de l'alcool et/ou certains médicaments (somnifères, tranquillisants, antidouleur).

TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'HÉROÏNE

- L'héroïne est très addictive: qu'elle soit fumée, sniffée ou injectée, elle entraîne rapidement (en quelques semaines, voire quelques jours de consommation répétée), un syndrome de tolérance. La personne a alors besoin d'augmenter les doses pour continuer à sentir des effets. Mais même en augmentant les doses, les effets recherchés ont tendance à diminuer.
- Les états de manque, entre deux consommations, provoquent des symptômes physiques évoquant une forte grippe. La recherche et la consommation d'héroïne peut devenir la principale – voire la seule – préoccupation de la personne et le risque de désinsertion sociale est important.
- La consommation répétée d'héroïne peut conduire à une dégradation généralisée de l'état de santé (perte de sensations, dénutrition, troubles du sommeil, de la mémoire et de l'attention, mycoses buccales, délabrement des dents). Celle-ci est liée à l'absence d'attention à soi, ainsi qu'à la précarité financière que la consommation régulière peut entraîner.



Soigner les troubles liés à l'usage d'héroïne

Les soins visent l'arrêt de la consommation et de la prise compulsive d'opiacés. Ils prennent en compte les aspects médicaux, psychologiques et sociaux et s'inscrivent dans la durée. Ils peuvent prendre la forme :

- **d'un protocole de sevrage** réalisé en hospitalisation ou à domicile, avec une supervision médicale pour soigner les symptômes physiques et psychologiques de manque. Un séjour en centre thérapeutique résidentiel peut être proposé après le sevrage pour consolider les soins ;

- **de la prescription d'un médicament de substitution aux opiacés** : méthadone ou buprénorphine haut dosage (BHD). Ces médicaments visent à réduire l'utilisation des produits illicites, diminuer la pratique de l'injection, favoriser une meilleure insertion sociale, améliorer le suivi des traitements de l'infection VIH ou des hépatites et réduire le risque de décès.

EN PARLER ET ÊTRE AIDÉ

JEUNES ET ADULTES

DROGUES INFO SERVICE

www.drogues-info-service.fr

0800 23 13 13

Depuis poste fixe (appel gratuit),
service anonyme et confidentiel,
7j/7, 8h-2h du matin.

01 70 23 13 13

Depuis portable
(coût d'une communication ordinaire).

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

L'ESSENTIEL

Augmentation des saisies et des interpellations liées à l'usage et au trafic, augmentation des surdoses, légère hausse de l'expérimentation dans l'ensemble de la population... De multiples signes montrent que l'usage d'héroïne est de nouveau en hausse depuis 2000. Le lien négatif établi autrefois entre héroïne, injection et VIH/sida tend à s'estomper. Les usagers actuels (qui consomment très majoritairement l'héroïne en la sniffant ou en la fumant) croient de façon illusoire ne pas prendre de risques. Chez les jeunes de 17 ans, en revanche, après une légère hausse de la proportion d'expérimentateurs entre 2003 et 2008, la tendance s'est inversée (à la baisse) entre 2008 et 2011, repassant en dessous de 1 %.

EXPÉRIMENTATION [1, 2]

→ 1,2 %
des 18-64 ans

→ 0,9 %
des jeunes de 17 ans

interrogés dans des enquêtes récentes ont déclaré avoir consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de leur vie.

L'expérimentation concerne surtout les jeunes adultes, avec un « pic » parmi les 26-34 ans (2,1 %), mais reste présente dans la génération des 45-54 ans.

USAGE AU COURS DE L'ANNÉE [1]

Il ne concerne que **0,2 %** des 18-64 ans.

SOINS EN STRUCTURE SPÉCIALISÉE [10]

→ **50 000**

C'est le nombre de personnes vues en 2010 dans les structures spécialisées (CSAPA) pour un problème d'héroïne ou d'autres opiacés.

Les usagers d'opiacés peuvent aussi être pris en charge en médecine de ville (notamment pour une prescription de traitement de substitution aux opiacés) ou dans les hôpitaux.

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION [24]

→ **170 000**

C'est en 2010 le nombre de patients qui ont bénéficié d'au moins un remboursement d'un médicament de substitution aux opiacés prescrit par leur médecin de ville ou en CSAPA.

MORTALITÉ PAR SURDOSES [23]

→ **226**

C'est en 2009 le nombre de décès par surdose où l'on a détecté des opiacés.

Autres substances illicites

| | |
|--------------------------------|-----|
| LE LSD | 163 |
| LES CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES | 164 |
| AUTRES PLANTES HALLUCINOGENES | 165 |
| CHIFFRES CLÉS | 166 |

Buvards de LSD.

LE LSD

Le LSD (couramment appelé « acide ») est une puissante substance psychoactive de synthèse, fabriquée à partir de l'acide lysergique, lui-même produit par un champignon, l'ergot de seigle.

Dans les années 1960, son usage était fortement associé aux mouvements qui recherchaient dans sa consommation une symbiose mystique avec l'environnement (mouvement hippie).

Le LSD se présente le plus souvent sous la forme d'un petit morceau de buvard portant un dessin, parfois d'une « micropointe » (ressemblant à un bout de mine de crayon) ou sous forme liquide. Il est le plus souvent avalé. Les effets surviennent après une demi-heure et durent entre cinq et douze heures. Une sensation de malaise peut persister pendant plusieurs jours.

Effets

Le LSD est un hallucinogène très puissant. Il entraîne des modifications sensorielles intenses, provoque des hallucinations et une perte plus ou moins marquée du sens des réalités. La descente peut être très désagréable et générer un profond mal-être.

Risques

L'expérience du LSD peut être extrêmement dangereuse.

- Tout consommateur s'expose à des « bad trips » (mauvaises expériences), qui peuvent entraîner des hallucinations cauchemardesques, des illusions délirantes et dangereuses (notamment lorsqu'on s'imagine pouvoir voler...) ou des perturbations psychiques prolongées.
- Il y a parfois des épisodes de « *flashback* » (ou « retours d'acide »), plusieurs jours ou semaines après une consommation.

LES CHAMPIGNONS HALLUCINOÈNES

Les champignons hallucinogènes (ainsi que les préparations les comprenant) sont classés comme stupéfiants.

La famille la plus connue des champignons hallucinogènes est la famille des psilocybes qui comporte plus de 80 variétés. Le principe psychoactif essentiel est la psilocybine.

En vente libre dans certains pays, les variétés les plus concentrées sont de plus en plus souvent cultivées à l'aide de spores, obtenus par des réseaux parallèles ou sur Internet.



Effets

Les champignons hallucinogènes procurent des effets hallucinogènes et euphorisants proches de ceux du LSD : modifications sensorielles intenses, hallucinations, perte plus ou moins marquée du sens des réalités.

Risques

- Même si leur appellation d'hallucinogènes « naturels » donne au consommateur une impression de sécurité, les risques sont les mêmes que pour le LSD : crises d'angoisse, perte de contrôle, « bad trips ».
- Certaines variétés sont fortement dosées en principe psychoactif et peuvent exposer à de graves accidents.
- Certaines variétés sont vénéneuses et présentent un risque toxique mortel.

LES AUTRES PLANTES HALLUCINOGENES

- Les plantes à mescaline ou cactus hallucinogènes (peyotl)
- La Salvia Divinorium
- Les solanacées (datura, belladone, mandragore, etc.)
- L'ayahuasca
- L'iboga

La plupart de ces plantes sont classées comme stupéfiants.

Leurs effets hallucinogènes sont souvent très puissants et leur consommation peut être extrêmement dangereuse, voire mortelle.

Les rituels « spirituels », « chamaniques » ou de « médecine alternative » auxquels elles sont parfois associées peuvent dissimuler des tentatives d'emprise de la part de charlatans ou de sectes.



En haut: Iboga
 Au centre: Peyotl
 En bas: Salvia Divinorium

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

EXPÉRIMENTATION [1, 2]

Champignons hallucinogènes

3,2 % des 18-64 ans

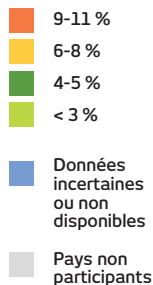
3,5 % des jeunes de 17 ans

LSD

1,8 % des 18-64 ans

1,3 % des jeunes de 17 ans

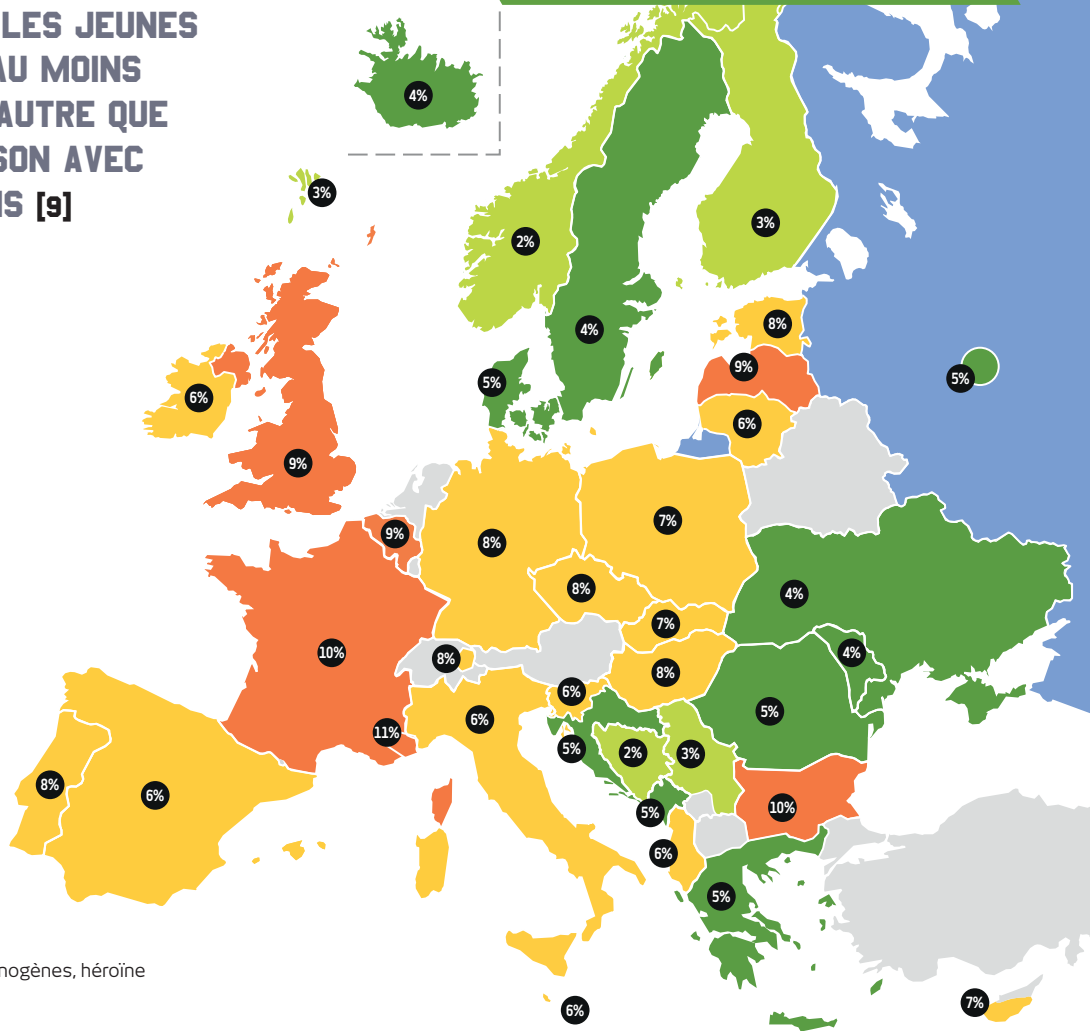
EXPÉRIMENTATION PARMIS LES JEUNES SCOLARISÉS DE 16 ANS D'AU MOINS UNE SUBSTANCE ILLICITE AUTRE QUE LE CANNABIS*, COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS EUROPÉENS [9]



Pour la Belgique, la Bosnie-Herzégovine et l'Allemagne : données partielles (couvrant seulement une partie du territoire du pays).

Pour l'Espagne et le Royaume-Uni : comparabilité limitée.

* amphétamines, cocaïne, crack, ecstasy, hallucinogènes, héroïne



SUBSTANCES ILLICITES : QUE DIT LA LOI ?

La France a signé et ratifié les trois conventions des Nations Unies (de 1961, 1971, 1988) réglementant le régime juridique des stupéfiants et des substances psychotropes. Aujourd'hui, en application de ces conventions, la quasi-totalité des pays européens sanctionne au moins indirectement la détention ou l'achat de produits stupéfiants pour usage personnel. La législation française ne fait pas de distinction entre les produits et le contexte d'usage (dans un lieu public ou privé).

La législation française sur les stupéfiants (lois du 31 décembre 1970 et du 5 mars 2007) repose sur deux axes :

- l'interdiction pénalisée de l'usage ;
- la répression accrue du trafic et des profits illicites induits.

Le législateur a en outre choisi d'aggraver les peines lorsque certains actes (par exemple des actes de violence) sont commis sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants et/ou en état d'ivresse manifeste.

Usage

Qu'il s'agisse de cannabis, d'ecstasy, de cocaïne ou toute autre substance psychoactive illicite, l'usage est un délit puni d'une peine maximale de 1 an d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende.

- Au titre de l'alternative aux poursuites ou à titre de peine complémentaire, l'usager même mineur peut être condamné à suivre à ses frais un

stage de sensibilisation* aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, ou à se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique qui consiste en des soins ou en une surveillance médicale.

➤ Des structures spécialisées – Consultations jeunes consommateurs (CJC) et Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) – assurent la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de manière anonyme et gratuite [voir p. 209].

Trafic

Contrairement aux idées reçues, vendre ou offrir des produits stupéfiants, même à des amis, même en petite quantité, constitue au regard de la loi un trafic.

➤ Le trafic de produits stupéfiants est puni d'une peine maximale de 10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 € d'amende.

➤ Celui qui vend ou offre un produit stupéfiant à une personne en vue de sa consommation personnelle risque jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende.

➤ Pour protéger les plus jeunes, la peine d'emprisonnement peut être doublée pour celui qui vend ou offre à un mineur, dans ou à proximité de l'enceinte d'un centre d'enseignement ou d'éducation.

➤ Le guetteur, le rabatteur ou l'intermédiaire sont généralement considérés comme complices ou coauteurs suivant le cas: ils encourent les mêmes peines, même s'ils n'ont bénéficié d'aucune contrepartie en argent ou en nature.

➤ Par ailleurs:

■ l'importation ou l'exportation de stupéfiants, même en petites quantités pour consommation personnelle, est punie de 10 ans de prison comme le trafic.

* Près de 1900 stages de sensibilisation ont été mis en place depuis 2007, en métropole et dans les DOM, par une centaine de structures prestataires conventionnées. Ces stages ont concerné environ 19 000 usagers de stupéfiants depuis 2008 (pour 94 % des usagers de cannabis), ce qui représente environ 4 500 stagiaires par an, en moyenne (ce chiffre est en croissance constante).

- La production / fabrication (par exemple, le fait de cultiver chez soi des plants de cannabis) est punie de 20 ans de réclusion criminelle et de 7500000 € d'amende et donc passibles de la Cour d'Assises.
- Afin de mieux lutter contre le trafic, celui qui ne peut justifier de ressources correspondant à son train de vie, tout en étant en relations habituelles avec un trafiquant ou un usager, encourt 7 ans d'emprisonnement et 200 000 € d'amende.

Provocation à l'usage et au trafic

La loi sanctionne également la provocation à l'usage et au trafic. Il est donc interdit d'inciter à la consommation.

50 000 condamnations chaque année en France

Les condamnations prononcées pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) représentent 8,6 % de l'ensemble des condamnations prononcées pour un délit, soit près de 50 000 condamnations chaque année en France.

Ces délits se répartissent ainsi: usage illicite (56 % des condamnations), détention et acquisition (21 %), commerce-transport (14 %), import-export (3 %), offre et cession (4 %), etc. Les peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel concernent 12,6 % des condamnations pour usage illicite.

CONDUIRE APRÈS USAGE DE STUPÉFIANTS

Des contrôles avec un dépistage d'usage de stupéfiants peuvent être réalisés par les gendarmes et les policiers après accident, infraction routière ou soupçon d'utilisation de stupéfiants.

La loi du 3 février 2003 instaure une peine maximum de deux ans d'emprisonnement et de 4500 € d'amende pour toute personne conduisant ou ayant conduit après usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants, la présence du produit ayant été confirmée par analyse sanguine.

Si la personne se trouve également sous l'emprise de l'alcool (taux égal ou supérieur à 0,5 g d'alcool par litre dans le sang), les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 9000 € d'amende.

En cas d'accident mortel, la consommation d'alcool et/ou de stupéfiants constitue une circonstance aggravante pouvant porter les peines jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende.

Par ailleurs, toute personne ayant conduit après usage de produits stupéfiants peut être condamnée à une peine complémentaire. Il peut notamment s'agir de la suspension ou de l'annulation du permis de conduire, ou de l'obligation de suivre un stage payant de sensibilisation à la sécurité routière.

Les polyconsommations

| | |
|---|-----|
| QU'EST-CE QUE C'EST ? | 172 |
| QUELS SONT LES RISQUES À COURT ET PLUS LONG TERME ? | 173 |
| CHIFFRES CLÉS | 176 |

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les polyconsommations peuvent désigner différentes situations :

- ▶ **Un usage régulier et répété dans le temps, avec une certaine fréquence, d'au moins deux substances psychoactives.**
Exemple : fumer des cigarettes et boire de l'alcool régulièrement, voire tous les jours, pendant plusieurs années.
- ▶ **Un usage concomitant (simultanément ou successivement dans un temps très court) d'au moins deux substances psychoactives.**
Exemple : consommer au cours d'une même soirée du cannabis et de l'alcool.
Ce type d'usage répond parfois à une volonté d'augmenter ou d'équilibrer les effets de chaque produit.



QUELS SONT LES RISQUES À LONG OU À COURT TERME ?

➤ **L'association répétée dans le temps** de plusieurs substances accroît le risque d'apparition de troubles. Il favorise le renforcement réciproque des conduites de consommation, l'augmentation de la consommation d'un produit après arrêt ou substitution d'un autre, la rechute. Certaines associations de produits répétées dans le temps peuvent amplifier les risques pour la santé à moyen et long terme.

C'est notamment le cas de l'association fréquente « alcool + tabac » qui accroît, voire démultiplie les risques de cancers des voies aérodigestives supérieures: cancer du larynx, de la bouche, de l'œsophage...

➤ **L'association concomitante** de certaines substances (en particulier quand l'alcool est impliqué) augmente voire démultiplie certains risques immédiats ou à court terme (voir tableau page suivante).

| ASSOCIATIONS DE PRODUITS | RISQUES IMMÉDIATS / À COURT TERME |
|---|---|
| Alcool + cannabis | <p>> Risques d'accidents démultipliés (conduite de véhicules, utilisation de machines)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduire sous cannabis double le risque d'être responsable d'un accident mortel. • Conduire après avoir bu de l'alcool multiplie par 8,5 ce risque. • Conduire après avoir « cumulé » cannabis et alcool multiplie par 15 ce risque. <p>> Chez certains usagers, risque de crise d'angoisse ou de panique accru.</p> |
| Alcool + médicaments psychoactifs | Risque de somnolence et d'accidents (conduite de véhicules, utilisation de machines). |
| Alcool + cocaïne | Risque de coma éthylique accru, risques cardiaques accrus (troubles du rythme cardiaque, infarctus, arrêt cardiaque...). |
| Alcool + ecstasy | Risques cardiaques accrus, risque de déshydratation et d'hyperthermie accru. |
| Alcool + héroïne | Risque de surdose accru. |
| Cocaïne + cannabis | Risques cardiaques accrus. Chez certains usagers, risque de crise d'angoisse ou de panique accru. |
| Cocaïne + ecstasy | Risque de « surchauffe » du cerveau et de l'organisme, déshydratation importante. |
| Cocaïne + amphétamines | Risque de « surchauffe » du cerveau et de l'organisme, déshydratation importante, risques cardiaques accrus. |
| Héroïne + certains médicaments psychoactifs | Risque de surdose accru. |
| Héroïne + cocaïne Héroïne + amphétamines | Risques cardiaques accrus, risque de surdose accru. |



Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.OFDT.FR / WWW.INPES.SANTE.FR

POLYCONSOMMATIONS RÉGULIÈRES [1]

→ 8,7 %

des 18-64 ans

13,4 % des hommes

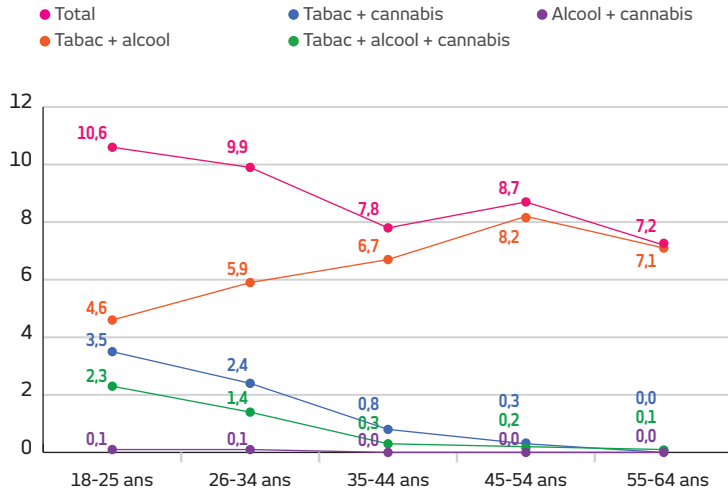
4,2 % des femmes

interrogés
en 2010 ont
déclaré
pratiquer
une poly-
consommation
régulière.

Cela signifie cumuler au moins deux usages réguliers des trois produits les plus consommés :

- > boire de l'alcool au moins 4 fois par semaine,
- > fumer quotidiennement du tabac,
- > avoir consommé au moins 10 fois du cannabis au cours des 30 derniers jours.

Polyconsommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis selon l'âge, en %



POLYCONSOUMMATIONS SIMULTANÉES [25]

→ **18,9 %** des 15-44 ans

interrogés en 2000 déclaraient avoir déjà pris ensemble au moins deux substances psychoactives.

Dans 90 % des cas, il s'agissait du mélange alcool + cannabis.

CHEZ LES USAGERS PROBLÉMATIQUES [26, 27]

Une majorité des usagers suivis en CSAPA est polyconsommatrice.

En 2003, 53 % déclaraient consommer deux produits (hors tabac-alcool), 27 % trois produits, 20 % davantage. Ces proportions sont encore plus importantes dans les CAARUD.

Le dopage et les conduites dopantes

| | |
|---|-----|
| QU'EST-CE QU'UNE CONDUITE DOPANTE ? | |
| QU'EST-CE QUE LE DOPAGE ? | 179 |
| POURQUOI SE DOPER OU AVOIR DES CONDUITES DOPANTES ? | 179 |
| QUELS SONT LES PRINCIPAUX PRODUITS DOPANTS ? | 181 |
| LA PERFORMANCE SANS PRODUIT, C'EST POSSIBLE ? | 186 |
| COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, BOISSONS « ÉNERGÉTIQUES », BOISSONS « ÉNERGISANTES » | 187 |
| POUR S'INFORMER ET ÊTRE AIDÉ | 192 |
| CHIFFRES CLÉS | 194 |
| DOPAGE SPORTIF : QUE DIT LA LOI ? | 198 |



QU'EST-CE QU'UNE CONDUITE DOPANTE? QU'EST-CE QUE LE DOPAGE?

On parle de conduites dopantes lorsqu'une personne consomme une substance (médicament, complément alimentaire, substance psychoactive...) pour affronter un obstacle, réel ou ressenti, dans un objectif de performance. L'obstacle peut être un examen, un entretien d'embauche, un travail difficile et/ou pénible, une épreuve sportive, etc.

Le dopage, lui, ne concerne que les sportifs qui, dans le cadre de compétitions / manifestations organisées par les fédérations – ainsi que durant les entraînements – utilisent des substances ou des méthodes inscrites sur une liste établie chaque année par l'Agence mondiale antidopage²³. C'est une pratique interdite aux sportifs²⁴.

²³. www.wada-ama.org/fr, rubrique « standards internationaux », sous-rubrique « liste des interdictions »

²⁴. C'est-à-dire à toute personne qui participe ou se prépare, soit à une manifestation sportive organisée par une fédération agréée ou autorisée par une fédération délégataire, soit à une manifestation sportive internationale (art. L. 230-3 du code du sport).

POURQUOI SE DOPER OU AVOIR DES CONDUITES DOPANTES?

L'objectif de performance constitue le motif principal des conduites dopantes et du dopage. À cette fin, le consommateur de substances dopantes (ou l'utilisateur de procédés dopants) cherche non seulement à augmenter ses performances physiques ou intellectuelles, mais également à éviter que ses performances ne diminuent. Pour y parvenir, il va donc tenter d'agir sur les éléments qu'il perçoit comme pouvant favoriser sa performance (une masse musculaire développée, une endurance élevée, une forte confiance en soi, de la combativité, une plus grande concentration, une vigilance intellectuelle accrue...) ou sur les éléments pouvant s'y opposer: la fatigue, les douleurs, l'anxiété, le stress, etc.

D'autres raisons peuvent conduire quelqu'un à recourir au dopage. Ce sont les difficultés à faire face aux tracas de la vie quotidienne, le sentiment de ne pas être soutenu par ses proches, l'incapacité à demander de l'aide, une sociabilité altérée, l'envie d'expérimenter des produits, l'usage d'autres substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis), etc.

Ce sont aussi parfois des facteurs liés à l'entourage: incitation au dopage, culture excessive de la performance et du résultat, consommation de substances interdites par des coéquipiers, manque de relations affectives avec ses proches.

Ce sont encore des éléments liés aux substances elles-mêmes: la facilité pour se les procurer (achat en ligne, existence de forums consacrés au dopage sur Internet), leur coût peu élevé, la croyance dans leur efficacité.

Chez les jeunes, les filles consomment plus fréquemment des produits (vitamines, médicaments, etc.) pour améliorer leurs performances intellectuelles et scolaires, alors que les garçons consomment deux fois plus que les filles des produits pour améliorer leurs performances physiques et sportives.



QUELS SONT LES PRINCIPAUX PRODUITS DOPANTS ?

Les stimulants

➤ Les stimulants (amphétamine, cocaïne, éphédrine... et leurs produits dérivés) sont consommés pour accroître la concentration et l'attention, réduire la sensation de fatigue. Ils augmentent l'agressivité et font perdre du poids.

➤ Ils agissent sur le système cardiovasculaire et nerveux : leur usage s'accompagne de troubles du rythme cardiaque et de troubles psychiques. Leur consommation, lorsqu'elle est suivie d'efforts intenses, comporte des risques d'accident cardiaque, de crise d'épilepsie et d'attaque cérébrale, ainsi que des déshydratations sévères. L'usage de ces substances peut provoquer des états de faiblesse menant à l'épuisement, d'où un risque d'accident grave, voire mortel.

➤ Ils peuvent entraîner des syndromes de tolérance (accoutumance) et de « craving ».

Les stéroïdes anabolisants et l'hormone de croissance

Ces deux types de produits sont utilisés pour augmenter la masse musculaire et la puissance.

➤ Les stéroïdes anabolisants (nandrolone, stanozolol, THG, etc.) sont des dérivés de la testostérone, l'hormone sexuelle mâle. Ils développent la synthèse des protéines, et donc les muscles. Ils permettent d'augmenter la force, la puissance, l'endurance, ainsi que la vitesse de récupération après une blessure. En raison de la dose consommée, ces produits sont fortement susceptibles de provoquer des tendinites, des problèmes de peau (acné...), des déchirures musculaires, des atteintes du foie pouvant évoluer vers des cancers parfois mortels. Ils bloquent la croissance chez les plus jeunes, entraînent le développement des caractères sexuels masculins (poils, voix rauque) et accentuent l'agressivité. Ils pourraient entraîner un syndrome de sevrage (« manque »).

➤ L'hormone de croissance (somatropine) modifie l'architecture du squelette (élargissement des pieds, des mains, du crâne). Son utilisation s'accompagne de nombreux effets indésirables, et notamment d'une atteinte rénale: le recours à une hémodialyse est alors nécessaire.

Les glucocorticostéroïdes

➤ Ces substances « antifatigue » ont une action anti-inflammatoire à titre principal, assortie d'une action anti-allergique. Elles permettent d'élever le seuil de tolérance à la douleur et donc de poursuivre un effort qui serait insupportable en l'absence d'action anti-inflammatoire.

➤ Leur consommation entraîne en particulier une fragilité des tendons, des déchirures musculaires, et accroît les risques infectieux (bactéries, virus). Les symptômes résultant d'une utilisation sans contrôle médical sont multiples: atrophie musculaire, prise de poids, ulcères digestifs, troubles neuropsychiques, retard de croissance, risque infectieux, pathologies de la peau, troubles métaboliques, etc.



Les narcotiques

- Ces substances sont utilisées sous strict contrôle médical pour supprimer ou atténuer la sensibilité à la douleur.
- Sans contrôle médical, leur usage vise à obtenir une impression de bien-être. Toutefois, même à faible dose, elles peuvent entraîner des dépressions respiratoires, des altérations de la capacité de coordination ainsi que des syndromes (tolérance, sevrage) qui peuvent provoquer à terme une désocialisation.

Les bêtabloquants

Ces médicaments régulent et ralentissent le rythme de la fréquence cardiaque. Ils permettent une diminution des tremblements et ont également des propriétés contre le stress.

- Leur utilisation s'accompagne de nombreux effets secondaires : une impression de fatigue permanente, des chutes de tension artérielle, une possibilité d'impuissance sexuelle en cas d'utilisation habituelle et répétée.

Le salbutamol

Détourné de son usage normal (le traitement de l'asthme) et consommé à forte dose, ce médicament agit aussi sur la masse musculaire. Il y a alors un risque de troubles du rythme cardiaque et de crampes musculaires.

L'érythropoïétine (EPO)

L'injection d'EPO est pratiquée afin d'augmenter le nombre de globules rouges qui sont les vecteurs du transfert de l'oxygène (carburant de la cellule musculaire au même titre que le glucose) vers les muscles. Elle améliore l'endurance. L'EPO est responsable d'embolies pulmonaires et d'infarctus du myocarde.



Les diurétiques

Dans le milieu sportif, ils peuvent être utilisés comme produits dopants pour obtenir une perte de poids rapide ou pour masquer la prise d'autres produits dopants. C'est pourquoi, hors prescription médicale, ils sont interdits dans tous les sports pendant et en dehors des compétitions. Leur utilisation comporte des risques (fuite de potassium, calculs urinaires, accidents hypotenseurs, accidents cardiaques...).

Le cannabis est aussi un produit dopant

Le cannabis figure sur la liste de l'Agence mondiale antidopage, du fait de ses propriétés antistress et antidouleur qui contribuent à accroître le niveau de performance. Il est détectable dans les urines jusqu'à deux semaines et parfois davantage.

L'automédication: une pratique à risque pour les sportifs

■ L'automédication, c'est prendre des médicaments sans l'avis d'un médecin. Souvent pratiquée dans la vie quotidienne (pour lutter contre la douleur, la fièvre, un rhume...), l'automédication peut avoir des conséquences dommageables pour les sportifs :

> parce que certains médicaments ont des effets indésirables importants dans le cadre d'une pratique sportive;

> parce que certains de leurs composants sont classés dans la liste des produits dopants, et sont donc interdits aux sportifs.

■ Avant de prendre de soi-même, sans contrôle médical, un médicament, même sous une forme *a priori* anodine (patch, gouttes buvables...), un sportif doit porter une attention particulière aux points suivants :

1. lorsqu'un médicament relève de l'automédication familiale, toujours se demander s'il est adapté à sa condition de sportif;
2. lors de l'achat d'un médicament en pharmacie, TOUJOURS préciser au pharmacien qu'on est sportif;
3. en cas de prise d'un médicament ne relevant pas de l'automédication, toujours vérifier la composition avant de le prendre;
4. s'assurer que la / les substance(s) active(s) et le nom du médicament ne figurent pas dans la base de données de l'AFLD : www.afld.fr/finder/produits-dopants;
5. ne jamais prendre un médicament ou un produit (compléments alimentaires, boissons...) inconnu, ou alors connu mais fourni sans son emballage d'origine, même si le médicament ou le produit est donné par un ami pour « dépanner »;
6. ne jamais accepter / utiliser un produit (complément alimentaire, médicament...) d'une personne inconnue, même s'il est scellé;
7. lorsqu'on achète un complément alimentaire, toujours s'assurer que le produit répond à la norme NF V 94-001 mentionnée sur l'emballage.

LA PERFORMANCE SANS PRODUIT, EST-CE POSSIBLE ?

Oui, c'est tout à fait possible. Certains procédés naturels et reconnus scientifiquement, ne présentant pas de risques pour la santé et respectant les principes éthiques et les règles du sport, permettent d'obtenir les résultats souhaités.

Une hygiène de vie adaptée

- Sommeil régulier et en quantité suffisante.
- Toujours respecter une période de repos en cas d'éventuelles blessures ou fatigue.
- Alimentation saine, équilibrée et variée (avec une hydratation suffisante).
- Absence de prise de toxiques (tabac, cannabis, alcool...).
- Programmation des révisions et des séances d'entraînement selon un calendrier équilibré.

Une bonne attention et une écoute de son corps

La fatigue et la douleur sont des signaux d'alerte qu'il ne faut jamais négliger : ne jamais hésiter à demander l'avis d'un médecin.

Un entourage soucieux de la personne plus que de ses résultats

Famille, amis, et pour le sportif : entraîneur, coéquipiers, médecin.

**ON A LE DROIT
DE NE PAS TOUJOURS
ÊTRE AU TOP!**

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, BOISSONS ÉNERGÉTIQUES, BOISSONS ÉNERGISANTES

Ces denrées alimentaires sous formes manufacturées ne sont pas considérées comme des produits dopants et sont autorisées à la consommation. Elles sont néanmoins soumises à la surveillance des pouvoirs publics, notamment celle exercée par L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) [www.anses.fr] en cas de survenance d'effets indésirables ou inattendus.

Les compléments alimentaires

Ils constituent une source concentrée de nutriments et visent à compléter l'alimentation courante. Vendus sous de multiples formes (poudres, pilules, gélules, ampoules de liquide...), leur mise sur le marché doit faire l'objet d'une déclaration auprès de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Depuis quelques années, on constate une hausse de leur consommation dans la population française. Pourtant, selon l'Anses, une alimentation équilibrée et diversifiée suffit – en règle générale – à apporter tous les nutriments nécessaires à la santé. Il n'y a donc pas, pour l'essentiel de la population, de bénéfice avéré à consommer des compléments alimentaires [voir encadré p. 188].

■ **Les déficits et les carences en nutriments sont relativement rares dans la population générale**, et concernent majoritairement des groupes spécifiques: femmes enceintes, personnes âgées en institution, populations en situation de grande précarité... Pour ces populations, les compléments alimentaires peuvent présenter un intérêt, mais leur indication relève du médecin. L'avis d'un professionnel de santé (médecin ou nutritionniste) est toujours recommandé.

■ **Concernant les sportifs**, et notamment ceux qui exercent une activité physique modérée (moins de 4h par semaine), une alimentation courante équilibrée et diversifiée est suffisante (selon l'Anses). À l'inverse, pour les sportifs de haut niveau avec une charge d'entraînement conséquente, des apports spécifiques peuvent s'avérer utiles, en plus d'une alimentation courante équilibrée et diversifiée. En cas de doute sur la couverture de ses besoins nutritionnels pour cette catégorie de population, il est recommandé de s'adresser à un médecin spécialisé en nutrition.

Par ailleurs, des effets indésirables susceptibles d'être liés à leur consommation ont été rapportés. Ceci vaut particulièrement pour les compléments alimentaires élaborés et produits hors de l'Union européenne, et commandés par exemple sur Internet. Par ailleurs, les compléments et autres denrées alimentaires « pour sportifs » n'appliquant pas les principes d'assurance qualité prévus (norme spécifique élaborée par l'AFNOR) n'offrent pas de garanties appropriées en matière de dopage (présence possible d'un ingrédient susceptible de rendre positif un contrôle antidopage, et entraînant de ce fait la responsabilité du sportif).

Les boissons « énergétiques » (ou « boissons diététiques glucidiques de l'effort »)

Conçues pour les sportifs, ces boissons contiennent des sucres à assimilation rapide et à digestion lente, des vitamines et des sels minéraux. Ces boissons sont à réserver aux activités sportives ou physiques intenses et prolongées (randonnée, ski de fond, tournois ou matchs s'enchaînant dans la journée par exemple). Il est recommandé de ne pas les substituer au repas avec glucides lents recommandé avant les compétitions. Pour une activité physique de courte durée, une réhydratation avec de l'eau est suffisante.



Les boissons dites « énergisantes »

Ce terme marketing ne correspond à aucune définition légale ou réglementaire. Il désigne des sodas enrichis en substances déjà présentes dans l'alimentation (guarana, taurine, vitamines, ginseng...) et qui ont essentiellement en commun leur forte teneur en caféine.

1 cannette de 25 ml de boisson « énergisante » contient autant de caféine que 2 espressos.

Cette composition en fait des boissons « excitantes » qui peuvent – notamment lorsqu'elles sont consommées en faisant du sport ou lorsqu'elles sont associées avec de l'alcool²⁵ – provoquer des accidents cardiaques graves chez les consommateurs porteurs de prédispositions génétiques fréquentes (1 individu sur 1 000), généralement non diagnostiquées.

²⁵. Comme c'est fréquemment le cas chez les jeunes en milieu festif.





L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) recommande à tous les consommateurs :

- d'éviter de consommer des boissons « énergisantes » avec de l'alcool ou lors d'un exercice physique ;
- de modérer leur consommation de boissons caféinées (café, sodas et boissons dites « énergisantes »).

Elle recommande une vigilance particulière concernant les apports en caféine à certains consommateurs : femmes enceintes et allaitantes, enfants et adolescents, personnes sensibles aux effets de la caféine ou présentant certaines pathologies (certains troubles cardio-vasculaires, psychiatriques et neurologiques, insuffisance rénale, maladies hépatiques sévères...).

S'INFORMER ET ÊTRE AIDÉ

EN SAVOIR PLUS

**Ministère en charge de la santé,
ministère en charge des sports**

www.sante.gouv.fr / www.sports.gouv.fr

Informations sur la réglementation française sur le dopage, la liste des substances et procédés interdits, la prévention.

Agence française de lutte contre le dopage

www.afl.d.fr

- > Base de données des médicaments interdits aux sportifs.
- > Informations sur les sanctions et les autorisations exceptionnelles d'usage à des fins thérapeutiques.

Agence mondiale antidopage

www.wada-ama.org/fr

Informations sur le code mondial antidopage, la liste des substances et procédés interdits.

Agence nationale de sécurité sanitaire

www.anses.fr

Informations sur les compléments alimentaires et les boissons dites « énergisantes », ainsi que sur le système de nutrivigilance.

POSER DES QUESTIONS, ÊTRE CONSEILLÉ ET ORIENTÉ

Numéro vert « Écoute dopage »

0800 15 2000

Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h à 17h30.
Service gratuit, anonyme et confidentiel depuis un poste fixe.

Site Internet

www.dopage-info-service.fr

Possibilité de laisser son numéro de téléphone afin d'être rappelé.

ÊTRE ACCOMPAGNÉ ET SOIGNÉ

Le médecin traitant

Il écoute, conseille, oriente.

Les antennes médicales de prévention du dopage

www.dop-sante.net

Implantées en centre hospitalier dans chaque région, ces antennes offrent des consultations anonymes et gratuites et permettent la prise en charge médicale des sportifs ayant eu recours (ou susceptibles de recourir) à des pratiques dopantes. Tout sportif sanctionné est tenu de s'entretenir avec un médecin de l'une de ces antennes avant la restitution, le renouvellement ou la délivrance de sa licence sportive.

Chiffres clés

[SOURCES : VOIR P. 220]

ACTUALISATION DES DONNÉES :

WWW.AFLD.FR / WWW.ANSES.FR

LUTTE CONTRE LE DOPAGE SPORTIF [28]

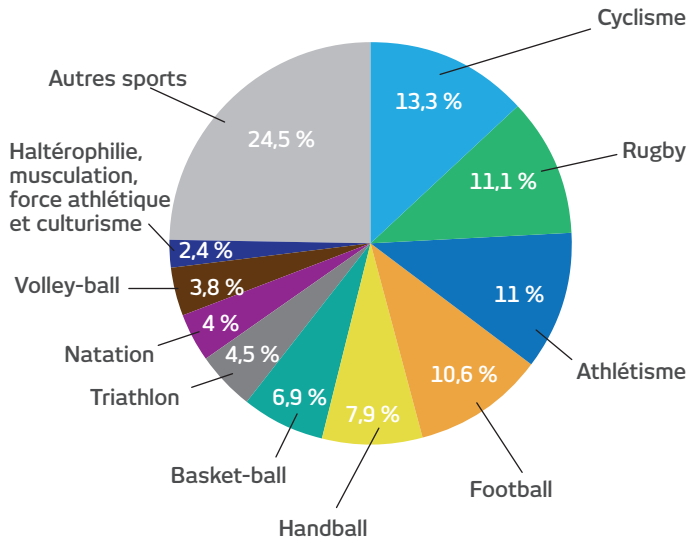
→ 10 559

C'est en 2012 le nombre de prélèvements antidopage prélevés sur des sportifs dans le cadre de la réglementation française.

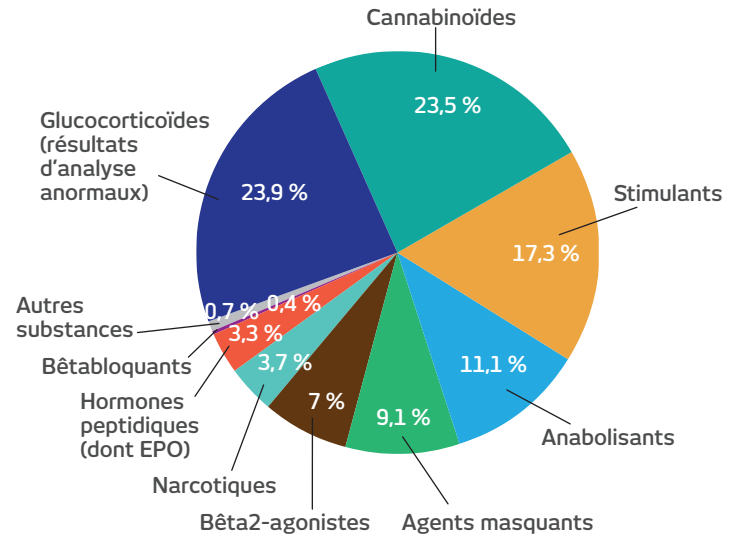
- > 1 344 au niveau international (1 206 en compétition, 138 hors compétition),
- > 9 215 au niveau national (5 301 en compétition, 3 914 hors compétition).

→ 2,6 % des analyses d'échantillons urinaires et sanguins ont été rendues avec un résultat anormal en 2012.

Les sports les plus contrôlés en 2012 (en %)



Les substances les plus souvent détectées en 2011 (en %)



CONSOMMATION DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES [29]

→ 20 %

des adultes

12,6 % des hommes

26,5 % des femmes

→ 11,5 %

des enfants

interrogés en 2007 déclaraient avoir consommé des compléments alimentaires au cours des douze derniers mois.

Le plus souvent (chez 55 % des adultes et 70 % des enfants), la prise de compléments était motivée par une prescription médicale ou le conseil d'un professionnel de santé.

Chez les adultes, l'achat s'était aussi fait sur le conseil d'un proche (14 %) ou suite à la découverte du produit sur un linéaire ou sur Internet (15 %).

Parmi les consommateurs, 23 % des adultes et 12 % des enfants déclaraient en avoir pris tout au long de l'année ou presque.

CONSOMMATION DE BOISSONS DITES « ÉNERGISANTES » [30, 8]

→ 32 %
des adultes

→ 12,5 %
des élèves de 4^e-2nde

interrogés dans des enquêtes récentes déclaraient consommer ces boissons au moins une fois par semaine.

Parmi les adultes, 41 % consommaient ces boissons en pratiquant une activité sportive et 16 % en mélange avec de l'alcool.

→ 32 % des adultes

interrogés en 2011 déclaraient dépasser le seuil journalier de caféine considéré comme étant générateur d'anxiété.

→ 11 % des enfants de 3 à 10 ans

dépasseraient le seuil de développement d'une tolérance à la caféine* et de déclenchement de symptômes de sevrage.

* Seuil atteint, pour un enfant de 35 kg, par une consommation quotidienne d'une canette de 33 cl de soda au cola ou d'une demi-canette de 25 cl de boisson dite « énergisante ».

DOPAGE SPORTIF : QUE DIT LA LOI ?

La lutte contre le dopage dans le sport est inscrite dans la loi du 3 juillet 2008 et l'ordonnance du 14 avril 2010, intégrées dans le Code du sport.

La loi du 5 avril 2006, portant création de l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD), donne à celle-ci compétence pour l'organisation des contrôles antidopage, les analyses des prélèvements, le suivi des procédures disciplinaires et la délivrance des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques.

Est passible de sanctions disciplinaires :

- tout sportif qui utilise une substance ou un procédé interdit figurant sur la liste du code mondial antidopage;
- tout sportif qui refuse de se soumettre à un contrôle antidopage.

Ces sanctions disciplinaires peuvent aller jusqu'à l'interdiction définitive de participer aux compétitions.

Est passible de sanctions pénales :

- tout sportif qui détient, sans raison médicale justifiée, une substance ou une méthode interdite;

Sanctions prévues: 1 an de prison et 3750 € d'amende

➤ toute personne (sportif, membre de l'entourage, tiers) qui prescrit, administre, applique, cède, offre, produit, fabrique, importe, exporte, transporte, détient ou acquiert une substance / méthode interdite aux fins d'usage par un sportif sans raison médicale justifiée;

➤ toute personne qui falsifie, détruit, dégrade un élément relatif au contrôle antidopage.

Sanctions prévues: 5 ans de prison et 75 000 € d'amende

➤ toute personne qui s'oppose à la réalisation des contrôles;

Sanctions prévues: 6 mois de prison et 7 500 € d'amende

L'usage de stupéfiants (cannabis, cocaïne, amphétamines...) peut entraîner le prononcé d'une sanction allant d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants (stage payant au frais de l'utilisateur) à une peine d'un an d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende.

Tout sportif (professionnel et amateur):

➤ est responsable de tout ce qu'il apporte à son organisme, quelle que soit la voie d'administration;

➤ doit informer son médecin qu'il est sportif pour éviter que ce dernier ne lui prescrive une substance interdite.

Mise à jour tous les ans, la liste des substances et procédés interdits est disponible sur le site de l'Agence française de lutte contre le dopage: www.afld.fr



AIDER

| | |
|--|-----|
| ▶ INFORMER | 202 |
| ▶ ÉCOUTER ET ORIENTER | 204 |
| - L'AIDE À DISTANCE | 204 |
| - LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ | 207 |
| - LES STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ÉCOUTE POUR LES JEUNES | 208 |
| ▶ ACCOMPAGNER ET SOIGNER | 210 |
| - EN VILLE | 210 |
| - DANS LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES | 211 |
| - À L'HÔPITAL | 213 |
| - EN PRISON | 214 |

Informers

www.drogues.gouv.fr

Le site de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

> Informe sur les conduites addictives, les substances psychoactives, les risques, les aides, la loi.

> Donne les coordonnées des structures d'aide ou de soin proches de chez soi.

www.drogues-info-service.fr

> Informe sur les conduites addictives, les substances psychoactives et leurs risques.

> Permet de poser des questions par mail de manière anonyme et gratuite aux professionnels du site avec réponse sous 48h, et d'échanger avec d'autres internautes.

> Décrit les structures d'écoute et de soin, donne les adresses utiles les plus proches chez soi.

Exemples de questions traitées par le site Drogues Info Service

Questions de consommateurs de substances psychoactives:

- Je n'ose pas en parler à mes proches, que faire ?
- Mon entourage me fait des remarques sur mon attitude, qu'est-ce que ça signifie ?
- J'arrête quand je veux ?

Questions de parents:

- Quand et comment parler des substances psychoactives à ses enfants ?
- J'ai découvert que mon enfant consomme des substances psychoactives, comment réagir ?
- Aujourd'hui le cannabis... demain d'autres substances ?
- Quand le dialogue semble impossible, qu'il ou elle refuse d'en parler, que faire ?

Écouter et orienter

L'AIDE À DISTANCE

Elle offre la possibilité de dialoguer, par téléphone ou par mail, de manière gratuite, anonyme et confidentielle, avec des écoutants professionnels qui peuvent répondre à toutes les questions et orienter vers des professionnels ou des structures adaptés aux besoins de la personne et proches de son domicile.



JEUNES ET ADULTES

DROGUES INFO SERVICE

0 800 23 13 13

7j/7, 8h - 2h du matin.

Appel gratuit depuis un poste fixe.

01 70 23 13 13

Depuis portable, (coût d'une communication ordinaire).

www.drogues-info-service.fr

ALCOOL INFO SERVICE

0980 980 930

7j/7, 8h à 2h du matin.

Appel non surtaxé.

www.alcool-info-service.fr

ÉCOUTE CANNABIS

0980 980 940

7j/7, 8h à 2h du matin.

Appel non surtaxé.

TABAC INFO SERVICE

39 89

Lundi au samedi, 8h-20h (0,15 €/min depuis un poste fixe pour le 1^{er} appel puis rappel gratuit)

www.tabac-info-service.fr



JEUNES ET ADULTES

ÉCOUTE DOPAGE

0 800 15 20 00

Lundi au vendredi 9h-12h30/13h-17h30
Appel gratuit depuis poste fixe.

www.ecoutedopage.fr

JEUNES

FIL SANTÉ JEUNES

0800 235 236
32 24

7j/7, 9h à 23h.

Appel gratuit depuis un poste fixe.

01 44 93 30 74

Depuis portable.

www.filsantejeunes.com

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ

En ville: les médecins, les infirmières et infirmiers, les pharmaciens d'officine.

Au collège/lycée: les médecins et infirmières des établissements d'enseignement.

À l'université: les Services universitaires de médecins préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).

Au travail: les médecins et infirmières du travail ou de prévention.

Tous ces professionnels peuvent, dans le secret de la consultation, écouter, conseiller et orienter si nécessaire vers d'autres professionnels ou vers des structures spécialisées.

LES STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ÉCOUTE POUR LES JEUNES

Les Maisons des adolescents

Mises en place depuis 2004 et présentes dans près de 60 départements, les Maisons des adolescents ont pour mission d'informer, de conseiller, d'accompagner et d'orienter les adolescents en difficulté ainsi que leurs familles et les professionnels qui travaillent au contact des jeunes. Quelles que soient leurs difficultés (troubles alimentaires, mal-être, problèmes avec l'alcool ou avec des substances illicites), les jeunes y sont accueillis gratuitement sur des plages horaires souples et adaptées (avec ou sans rendez-vous, seuls ou avec leurs parents). Sur place, ils peuvent se confier à une personne de l'équipe soignante (qui rassemble médecins, psychologues, éducateurs, infirmières...) et poser toutes les questions qu'ils souhaitent.

Les professionnels écoutent, conseillent, peuvent proposer de revenir ou orienter vers un spécialiste pour un suivi.

Les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ)

Ces lieux d'accueil, d'écoute et d'échanges confidentiels sont ouverts à tous les jeunes. Une de leurs missions est la prévention des conduites à risques (dont l'usage de substances illicites).

**POUR TROUVER
LES COORDONNÉES DE
LA STRUCTURE LA PLUS
PROCHE, CONTACTER:**

**DROGUES INFO SERVICE
0 800 23 13 13**

Anonyme et confidentiel, 7j/7, 8h - 2h du matin.
Appel gratuit depuis un poste fixe.

**FIL SANTÉ JEUNES
0800 235 236**

Ou 32 24, depuis un poste fixe.

**OU CONSULTER
LES SITES INTERNET:**

www.drogues.gouv.fr
www.drogues-info-service.fr



Accompagner et soigner

EN VILLE

Les médecins généralistes et les pharmaciens sont souvent les premiers interlocuteurs que l'on consulte en cas de difficulté (pour soi ou un proche) ou lorsqu'on ne connaît pas les structures spécialisées. Ils peuvent intervenir dans le repérage, l'évaluation et le traitement d'un trouble lié à l'usage d'une substance ou d'un additif. Ils peuvent orienter et collaborer avec les professionnels / structures spécialisées. Les médecins peuvent sous certaines conditions prescrire les traitements de substitution aux opiacés. Les pharmaciens interviennent également dans l'offre de soins : conseil, délivrance de médicaments dont les traitements de substitution aux opiacés, vente de trousse de matériel d'injection stérile...

Les psychiatres et les psychologues peuvent aussi intervenir dans le repérage, l'évaluation et le traitement d'un trouble. Ils peuvent également collaborer avec les structures les plus adaptées à la situation.

Les centres de santé et les centres médico-psychologiques (CMP) peuvent donner des conseils et des soins au consommateur (et parfois aussi à son entourage).

DANS LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES EN ADDICTOLOGIE

Les Consultations jeunes consommateurs (CJC)

Depuis 2005, un réseau de Consultations spécialisées destinées aux jeunes (mineurs ou majeurs) et à leurs familles a été mis en place dans l'ensemble des départements. Anonymes et gratuites, ces consultations proposées par les CSA-PA (voir ci-contre) permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations, d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille;
- de proposer au jeune un accompagnement pour l'aider à arrêter sa consommation;
- de proposer si besoin une orientation vers d'autres services du CSAPA ou d'autres professionnels ou structures.

Il existe aujourd'hui plus de 400 CJC réparties sur tout le territoire.

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Toute personne en difficulté avec un trouble lié à l'usage d'une substance ou d'un addictif (jeu pathologique) peut être accueillie dans un CSAPA gratuitement et de façon anonyme. Ces structures proposent :

- de l'information, une évaluation médicale, psychologique et sociale, une orientation;
- des conseils et la mise à disposition de matériel pour prévenir les infections (matériel stérile de consommation, préservatifs...);
- un suivi médical, psychologique, social et éducatif: diagnostic, sevrage, prescription et suivi de traitements psychothérapeutiques et médicamenteux, accès aux droits sociaux, aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les CSAPA proposent un accompagnement individuel (consultations) et collectif (groupes de paroles...) et pour certains un hébergement. Il existe aujourd'hui 423 CSAPA en France, dont 39 proposent des solutions d'hébergement collectif.

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD)

Anonymes et gratuits, les CAARUD sont ouverts à tout usager de substances psychoactives, sans condition préalable d'entrée dans une démarche de diminution de sa consommation et de soin. Ils proposent notamment :

- un accueil collectif et individuel, de l'information, des conseils personnalisés ;
- un soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement, à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (matériel stérile de consommation de drogues, préservatifs).

POUR AVOIR LES COORDONNÉES D'UNE STRUCTURE SPÉCIALISÉE PROCHE DE CHEZ SOI, APPELER :

DROGUES INFO SERVICE
0800 23 13 13

depuis un poste fixe

01 70 23 13 13

depuis un portable

OU CONSULTER LES SITES INTERNET :

www.drogues-info-service.fr
www.drogues.gouv.fr

À L'HÔPITAL

Depuis 2007, des consultations spécialisées en addictologie (et/ou d'alcoologie) sont mises en place dans tous les hôpitaux dotés d'un service d'urgences. En 2010, près de 475 hôpitaux disposaient d'une consultation.

On compte également plus de 600 consultations de tabacologie, destinées plus particulièrement aux fumeurs très dépendants ayant échoué dans leur tentative d'arrêt ou ayant rechuté à plusieurs reprises, ou souffrant de pathologies associées.

Il existe également des Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui se déplacent à la demande des services auprès des malades hospitalisés ou dans les services d'urgence pour faire le point sur des troubles, initier au besoin un traitement et orienter le patient vers un suivi adapté à sa sortie de l'hôpital. Plus de 300 établissements de santé étaient dotés d'une ELSA en 2013.

L'hôpital peut aussi, selon l'évaluation de la situation de la personne, proposer des soins en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou complexe (séjour prolongé).

Les Services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) visent à prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des conduites addictives aux substances psychoactives (associées ou non à d'autres addictions comportementales) et à promouvoir la réadaptation des personnes. Ils accueillent en hospitalisation des patients en mésusage sévère, le plus souvent dépendants, après un sevrage, ou après des soins résidentiels complexes. Le suivi vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation. Les SSR assurent, en plus du suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective et des programmes visant la réadaptation à une vie sociale.

EN PRISON

Tous les établissements pénitentiaires disposent d'une unité sanitaire dépendant d'un établissement de santé. Des soins spécialisés en faveur des personnes détenues usagères de substances psychoactives sont proposés (dont les traitements de sevrage ou médicaments de substitution) et des actions sont conduites afin de préparer leur sortie, en lien avec des institutions extérieures.

Depuis 2011, pour assurer la continuité de la prise en charge des personnes pendant et à l'issue de la détention, un CSAPA référent a été désigné pour chaque établissement pénitentiaire avec pour missions de mettre en œuvre les démarches pour accompagner la sortie et organiser les relais nécessaires (relais médical, droits sociaux, domiciliation, justice...) en lien avec les unités sanitaires, les services d'insertion et de probation ainsi que d'autres structures impliquées (CSAPA, CAARUD, CMP, dispositifs d'hébergement...).



POUR ALLER PLUS LOIN

| | |
|--|-----|
| ▶ SÉLECTION D'OUVRAGES ET DE DOCUMENTS | 216 |
| ▶ CHIFFRES CLÉS: SOURCES | 220 |
| ▶ INDEX | 222 |

SÉLECTION D'OUVRAGES ET DE DOCUMENTS

Généralités

➤ **Hervé F.** *Les drogues et addictions. Réponses à 100 idées toutes faites sur l'alcool, le tabac, le cannabis.*

Paris: Flammarion, 2004 : 128 p.

Un ouvrage qui questionne de nombreux clichés sur les produits, les usages, les traitements et la prévention.

➤ **Labrousse A.** *Géopolitique des drogues (3^e éd.).*

Paris: PUF, coll. *Que sais-je?*, n° 3 693, 2011 : 128 p.

L'auteur, sociologue et journaliste, a dirigé l'Observatoire géopolitique des drogues (aujourd'hui disparu). Il replace la prévention de l'usage des drogues et la lutte contre leur trafic international dans le contexte plus vaste de la géopolitique.

➤ **Observatoire français des drogues et des toxicomanies.** *Drogues, Chiffres clés (5^e édition).* Saint-Denis: OFDT, 2013: 8 p. Téléchargeable sur www.ofdt.fr

En huit pages, l'essentiel des données chiffrées les plus récentes sur les consommations de substances psychoactives en France (alcool, tabac, principales substances illicites).

➤ **Richard D., Senon J.-L., Valleur M.** *Dictionnaire des drogues et des dépendances.* Paris: Larousse, coll. *In extenso*, 2009: 751 p.

Plus de cent spécialistes ont collaboré à ce dictionnaire qui propose des définitions et des développements encyclopédiques sur des termes pharmacologiques, cliniques, thérapeutiques et législatifs, historiques, sociologiques ou culturels. Outre la consommation des produits illicites, il prend en compte l'ensemble des pharmacodépendances (à l'alcool, au tabac, aux produits dopants, aux médicaments, etc.) et les dépendances sans produit (sexe, jeu, Internet pathologiques...).

➤ **Saiet M. *Les addictions*. Paris: PUF, coll. Que sais-je ?, n° 3 911, 2011: 128 p.**

Ce livre interroge le sens des addictions, analyse le mécanisme et les symptômes des plus courantes d'entre elles et propose une synthèse des différentes approches thérapeutiques possibles.

Usages, usagers

➤ **Bailly D. *Alcool, drogues chez les jeunes: agissons*. Paris: Odile Jacob, 2009: 285 p.**

Pédopsychiatre, professeur à l'Université d'Aix-Marseille, Daniel Bailly propose une approche globale, au-delà de la description des effets et risques des produits. Il explore les raisons qui peuvent inciter les jeunes à expérimenter l'alcool et les drogues et à passer éventuellement à l'abus ou la dépendance. Il analyse le rôle des parents et décrypte les stratégies de prévention.

➤ **Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Lahaie E. « Phénomènes émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) ». *Tendances* n° 78, OFDT, fév. 2012: 6 p.**

Ce numéro de *Tendances* fait le point sur le douzième exercice du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues). Ce dispositif, mis en place depuis 1999 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, est chargé d'identifier et de décrire les phénomènes émergents liés aux produits psychoactifs ou médicaments détournés de leur usage.

➤ **Hachet P. *Les toxicomanes et leurs secrets*. Paris: L'Harmattan, 2007: 298 p.**

À partir de son expérience de la prise en charge des usagers de drogues, Pascal Hachet, psychologue clinicien, propose l'hypothèse suivante: la toxicomanie, loin d'être un acte autodestructeur, est souvent une stratégie de survie psychique mise en œuvre pour atténuer l'impact d'expériences personnelles ou familiales douloureuses. Cette réflexion intéressera les professionnels de l'aide aux toxicomanes, mais aussi les usagers de drogues et leur famille.

➤ **Huerre P., Marty F.** *Cannabis et adolescence: les liaisons dangereuses.* Paris: Albin Michel, 2004: 363 p.

Les textes de cet ouvrage collectif se veulent des outils de réflexion sur les liens entre adolescence, cannabis et psychopathologie. La plupart des auteurs sont psychiatres, psychologues ou psychanalystes mais quelques contributions apportent un éclairage épidémiologique, historique ou sociologique à cet état des lieux.

➤ **Karila L., Verney-Caillat S.** *Une histoire de poudre. La cocaïne, tout le monde en prend. Pourquoi?* Paris: Flammarion, 2010: 175 p.

Psychiatre, addictologue et praticien hospitalier, Laurent Karila décrit le parcours de ses patients cocaïnomanes, issus de tous les milieux sociaux.

➤ **Lowenstein W.** *Ces dépendances qui nous gouvernent. Comment s'en libérer?* Paris: Calmann-Lévy, coll. Sciences Humaines et Essais, 2005: 298 p.

L'auteur, médecin, dirige une clinique spécialisée dans le traitement des addictions. Il explique les processus de diverses addictions: avec substances, sans substance, comportements aux frontières de l'addiction (kleptomanie, achats excessifs...).

➤ **Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S.** *Les usages sociaux des drogues.* Paris: PUF, Le Lien social, 2007: 240 p.

Une approche sociologique de l'usage du cannabis, de l'alcool et du tabac.

➤ **Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G.** *Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives.* Paris: O. Jacob, 2000: 273 p.

Un rapport rédigé par trois spécialistes des addictions et centré sur les « pratiques addictives » (englobant tous les usages: usage simple, usage nocif, dépendance), au-delà de l'approche par produits.

➤ **Salomon L.** *Cerveau, drogues et dépendances.* Paris: Belin, coll. Bibliothèque scientifique, 2010: 143 p.

L'auteur, neurobiologiste, décrit à destination d'un large public l'action des drogues sur le cerveau.

➤ **Suissa A.-J., Rocheleau G.** *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie (2^e éd.).* Québec: Fides, 2008: 231 p.

Au-delà d'une approche médicale de l'alcoolisme, cet ouvrage souligne la résilience des personnes alcoolodépendantes, leur capacité à s'en sortir en faisant des changements dans leur style de vie et leur environnement social, familial et professionnel.

Produits, effets, risques

➤ **Batel P.** *Pour en finir avec l'alcoolisme. Réalités scientifiques contre idées reçues.* Paris: La Découverte / Inserm, 2011: 215 p.

Alcoologue, praticien hospitalier, Philippe Batel décrit à destination d'un large public les risques de l'alcoolisation excessive, les mécanismes de vulnérabilité et de dépendance, les traitements existants.

➤ **Delcroix M.** *La grossesse et le tabac.* Paris: PUF, coll. *Que sais-je*, n° 3490, 2011: 128 p.

Un tableau des risques du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et des moyens de prévention.

➤ **Hybord G., Manigand D.** *Le cannabis expliqué aux parents en 60 questions.* Paris: Retz, 2007: 126 p.

Les 60 questions les plus couramment posées par les parents à propos de la consommation de cannabis de leur(s) adolescent(s): caractéristiques du produit, comportements des adolescents sous l'emprise du cannabis, comportements à adopter en tant que parent. Écrit par une psychologue clinicienne et un éducateur spécialisé intervenant dans le domaine des toxicomanies.

Prévention, réduction des risques, soins

➤ **Lejoyeux M.** *Du plaisir à la dépendance: nouvelles addictions, nouvelles thérapies.* Paris: La Martinière, 2007: 363 p.

Spécialiste des addictions, Michel Lejoyeux donne des pistes pour devenir ou rester libre face au tabac, à l'alcool, à d'autres autres substances psychoactives, mais aussi à la nourriture, à l'amour, sur Internet, avec ses enfants, au travail.... Il propose des tests simples pour évaluer les addictions, des solutions concrètes et des exercices à pratiquer au quotidien.

➤ **Morel A., Couteron J.-P.** *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner.* Paris: Dunod, 2008: 323 p.

Cet ouvrage s'adresse aux professionnels de la santé et de l'intervention sociale, ainsi qu'à toute personne qui s'interroge sur le plaisir et ses risques. Il décrit et analyse les addictions en confrontant les acquis des sciences à l'expérience des usagers. Il présente les fondements et enjeux de la prévention, de l'accompagnement et du soin.

CHIFFRES CLÉS: SOURCES

[1] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. dir. *Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis. À paraître.

[2] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Direction centrale du service national. *Enquêtes sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (ESCAPAD)*. Éditions 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011.

[3] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Le nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2011*. Saint-Denis, OFDT, à paraître.

[4] Beck F., Richard J.-B. dir. *Les addictions dans les DOM: état des lieux des consommations* [note]. Inpes, 2011, 34 p.

[5] Insee. *Consommations annuelles d'alcool par habitant, personnes de plus de 15 ans, 2000-2010*.

[6] Groupe IDA. *Consommations annuelles d'alcool par habitant, personnes de plus de 15 ans, 1990-1999*.

[7] OMS. *Consommations annuelles d'alcool par habitant, personnes de plus de 15 ans, 1961-1989*.

[8] Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La santé des collégiens en France 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis: Inpes, coll. Études santé, 2012: 254 p.

[9] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L. *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012.

[10] Direction générale de la santé, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Exploitation des rapports d'activité type des CSAPA 2000-2010*.

[11] Reynaud M., Paille F. *Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux français, PMSI et alcool* (2013).

[12] Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. « Alcohol-attributable mortality in France ». *European Journal of Public Health*, mars 2013.

[13] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. *Bilan 2011 - Partie 6: Données détaillées de l'accidentalité*. En ligne sur <http://securite-routiere.gouv.fr>

[14] Altadis distribution (livraisons de tabac par la filiale distribution d'Altadis en métropole hors Corse), Direction générale des douanes et droits indirects.

[15] Lermenier A., Martineau H., Lalam N., Weinberger D. *L'observation du marché illicite de tabac en France*. OFDT-INHESJ, 2012.

[16] Direction générale des douanes et droits indirects, *Bilan d'activité de la douane*.

[17] Données Tabac Info Service.

[18] Guignard R., Beck F., Obradovic I. « Prise en charge des addictions par les médecins généralistes ». In Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2011: p. 177-201.

[19] Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), estimation OFT / OFDT. *Ventes de substituts nicotiques (2012)*.

[20] Inserm - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépi-DC), exploitation OMS. *Registre national des causes de décès imputables au tabac*.

[21] Hill C., Jouglé E., Beck F. « Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme ». *BEH* n° 19-20, InVS, mai 2010.

[22] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Enquête sur les personnes accueillies en consultation jeunes consommateurs, reçues au cours d'un mois donné puis suivies pendant 14 semaines*, éd. 2005 et 2007.

[23] Inserm - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, estimation OFDT. *Registre national des causes de décès*.

[24] Données CNAMTS, exploitation OFDT.

[25] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. « Drogues illicites: pratiques et attitudes. » In Guibert P., Baudier F., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2000. Résultats*. Vanves: Comité français d'éducation pour la santé, 2001.

[26] Enquête OPPIDUM et CEIP Marseille, octobre 2005.

[27] Cadet-Taïrou A., Coquelin A., Toufik A. « CAARUD: profils et pratiques des usagers en 2008 ». OFDT, *Tendances* n° 74, 2010: 4 p.

[28] Agence française de lutte contre le dopage. *Rapports d'activités 2011 et 2012*.

[29] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). *Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA 2) 2006-2007*.

[30] Anses. *Évaluation des risques liés à la consommation de boissons « énergisantes »*. Avis du 6 septembre 2013.

INDEX

A

| | |
|---------------------------------|----------|
| « Acide » | 163 |
| Alcopops | 60 |
| Alcoolémie | 61 |
| Alcoolisation foetale | 65 |
| Amphétamines | 145 |
| Antidépresseurs | 104 |
| Antipsychotiques | 104 |
| Anxiolytiques | 103 |
| Autoculture (de cannabis) | 113 |
| Automédication | 107, 185 |

B

| | |
|---------------------------------|----------|
| Benzodiazépines | 104 |
| « Bad trip » | 121, 163 |
| « Binge drinking » | 24, 63 |
| Boissons « énergétiques » | 189 |
| Boissons « énergisantes » | 190 |
| Buprénorphine haut dosage .. | 12, 159 |

C

| | |
|--------------------------------|-------------|
| CAARUD | 38, 212 |
| Cannabis | 116 |
| Cigarette électronique | 85 |
| Circuit de la récompense | 22 |
| Cocaïne | 132 |
| Coma éthylique | 62 |
| Compléments alimentaires | 187 |
| Conduites dopantes | 178 |
| Consultations Jeunes | |
| Consommateurs | 45, 211 |
| Crack = freebase..... | 132 |
| « Craving » | 29, 140 |
| CSAPA | 38, 44, 211 |

D

| | |
|---------------------------|----------------------|
| « Designer drugs » | 15, 147 |
| Dopage | 178 |
| Drogues de synthèse | 15, 119, 135, 147 |

E

| | |
|----------------------------|-----|
| Ecstasy | 146 |
| Éthanol (alcool pur) | 85 |

F

| | |
|------------------------|-----|
| « Flashback » | 163 |
| Freebase = crack | 132 |

G

| | |
|-----------------|-----|
| GHB / GBL | 114 |
|-----------------|-----|

H

| | |
|----------------------|-----|
| Hallucinogènes | 162 |
| Haschich | 117 |
| « Herbe » | 117 |
| Héroïne | 152 |
| Hypnotiques | 103 |

I

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Injection | 31, 52, 157 |
| Injonction thérapeutique | 169 |
| Internet | 15, 188 |
| Intervention précoce | 36 |

K

Kétamine 113

L

LSD 163

M

« Manque » 27

MDMA 146

MSO 41

Méphédrone 147

Mescaline 165

Mésusage 102

Méthadone 155, 159

Méthamphétamine 145

Morphine 155

N

Neuromédiateurs (ou neurotransmetteurs) 18

Neuroleptiques 104

Nicotine 81

O

Opium 152

Opiacés 155

Overdose (surdose) 11, 157

P

Pavot blanc (ou pavot à opium) 152

Polyconsommations 172

Poppers 110

Précurseurs 12

Prémix 60

Prévention 34

Psychoactif 9, 18

Psychostimulant 136, 145, 181

Psilocybes..... 164

R

Rabla 153

Réduction des risques 12, 37

« Research chemicals » 15, 147

S

Sevrage 27, 42

Somnifères 103

« Space cake » 118

Stage de sensibilisation 169

Stupéfiants 12, 168

T

THC 116

Thymorégulateurs 105

Tolérance 27

Tranquillisants 103

Trouble lié à l'usage
d'une substance ou d'un additif 28**U**

Usagers problématiques 52

V

Vinipops 60

Direction de la publication: Danièle Jourdain-Menninger (présidente de la MILDECA) et Thanh Le-Luong (directrice générale de l'Inpes).

Comité de rédaction: Vincent Fournier (Inpes), Ruth Gozlan (MILDECA), Karine Grouard (ADALIS - Drogues Info Service), Romain Guignard (Inpes), Albert Herszkowicz (Direction générale de la santé), Christophe Palle (OFDT)

Ont participé à la rédaction: Pierre Arwidson (Inpes), François Beck (Inpes), Agnès Cadet-Taïrou (OFDT), Olivier Cottencin (CHRU Lille), Olivier Delmer (Inpes), Jean-Marc Julien (ministère en charge des Sports), Laurent Karila (hôpital Paul Brousse APHP), Jean-Luc Martinot (Inserm-CEA), Alain Morel (association Oppelia)

Coordination éditoriale et rédactionnelle: Vincent Fournier (Inpes)

Conception graphique et mise en page: Parimage

Illustrations: Fotolia

Impression: Fabrègue, décembre 2014

ISBN 978-2-9161-9244-4

Remerciements à la préfecture de police de Paris pour avoir fourni gracieusement ses images de substances psychoactives.

Pour nous citer: Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Drogues et conduites addictives*. Inpes éditions, décembre 2014: 224 p.

Drogues et conduites addictives reprend en les actualisant des contenus de deux précédents ouvrages:

■ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie, Comité français d'éducation pour la santé. *Drogues. Savoir plus, risquer moins*. Seuil, 2000: 146 p.

■ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Drogues et dépendance*. Inpes éditions, avril 2006 (réactualisation avril 2007): 180 p.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002. Il est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement et le ministère en charge de la santé.

[\[www.inpes.sante.fr\]](http://www.inpes.sante.fr)

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) a été créée en 1982. Placée sous l'autorité du Premier ministre, elle anime et coordonne l'action du gouvernement. Ses missions couvrent les domaines suivants : recherche et observation, prévention, accompagnement et soin, réduction des risques et insertion des usagers de substances psychoactives, formation des professionnels en contact avec les usagers, application de la loi et lutte contre le trafic, coopération européenne et internationale.

[\[www.drogues.gouv.fr\]](http://www.drogues.gouv.fr)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), créé en 1993, est un groupement d'intérêt public financé par la MILDECA. Il est chargé du recueil, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux substances illicites, à l'alcool, au tabac et aux jeux de hasard et d'argent en France.

[\[www.ofdt.fr\]](http://www.ofdt.fr)

Addictions drogues alcool info service (ADALIS) est un groupement d'intérêt public dépendant du ministère en charge de la santé et placé sous l'autorité de l'Inpes. Il remplit une mission de service public d'information et de prévention sur les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, via ses divers numéros de téléphone et sites Internet d'aide à distance. Le service a également en charge le recensement, la mise à jour et la mise à disposition du public de l'annuaire de l'ensemble des structures spécialisées de soin en addictologie.

ALCOOL INFO SERVICE

0 980 980 930 8h à 2h du matin, 7j/7,

appel non surtaxé

www.alcool-info-service.fr

TABAC INFO SERVICE

39 89 Lundi au samedi, 8h-20h (0,15 €/min)

www.tabac-info-service.fr

ÉCOUTE CANNABIS

0 980 980 940 8h à 2h du matin, 7j/7,

appel non surtaxé

DROGUES INFO SERVICE

0 800 23 13 13 8h à 2h du matin, 7j/7,

appel gratuit depuis poste fixe

01 70 23 13 13 Depuis portable

www.drogues-info-service.fr

ÉCOUTE DOPAGE

0 800 15 20 00 Lundi au vendredi 10h-20h,

appel gratuit depuis poste fixe

www.ecoutedopage.fr

