

CANNABIS  
COCAÏNE  
ECSTASY  
HEROÏNE  
AUTRES DROGUES  
ALCOOL  
TABAC  
MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS  
PRODUITS DOPANTS

# DROGUES

& dépendance

LE LIVRE D'INFORMATION



éditions  
inpes





# DROGUES & dépendance

## LE LIVRE D'INFORMATION

État des connaissances : mars 2006.

Les personnes photographiées dans cet ouvrage sont des modèles non concernés par la consommation de drogue. Nous les remercions pour leur collaboration.



## S'INFORMER POUR MIEUX FAIRE FACE **P. 6**

- > Usage, usage nocif et dépendance : les différents comportements de consommation P. 11
- > L'action des drogues sur le cerveau P. 16



## LES PRINCIPAUX PRODUITS **P. 22**

- > Le cannabis P. 24
  - > La cocaïne P. 36
  - > L'ecstasy et les amphétamines P. 48
  - > L'héroïne P. 60
  - > Les autres drogues P. 72
  - > Ce que prévoit la loi P. 84
- 
- > L'alcool P. 88
  - > Le tabac P. 106
  - > Les médicaments psychoactifs P. 118
  - > Les produits dopants P. 130



## AGIR, RÉAGIR, AIDER, ÊTRE AIDÉ **P. 142**

- > Adresses et téléphones utiles P. 148

## POUR ALLER PLUS LOIN **P. 158**



S'INFORMER POUR MIEUX

# FAIRE FACE

>> Parce que les consommations de drogues illicites, d'alcool et de tabac sont avant tout le reflet d'une société, de ses rituels ou de ses maux, les comportements en matière de toxicomanie ne cessent d'évoluer. Ainsi, en une décennie, a-t-on vu la consommation de cannabis fortement augmenter, notamment chez les jeunes, en France plus qu'ailleurs ; la cocaïne, surtout consommée dans des milieux aisés, a fait son apparition dans des cercles plus larges ; les effets dévastateurs de l'héroïne, en revanche, ont été beaucoup mieux maîtrisés grâce au succès des traitements de substitution et d'une politique de réduction des risques désormais inscrite dans la loi. Le recul du tabagisme se confirme en particulier chez les femmes et les plus jeunes, mais il devra encore être encouragé, comme cela a été le cas depuis 2000 avec les fortes hausses du prix des cigarettes qui ont accompagné les campagnes de prévention. Quant aux excès de la



consommation d'alcool, il reste encore un long chemin à parcourir pour changer les représentations, les comportements, et éviter ainsi les trop nombreuses maladies ou décès prématurés (de tous les pays d'Europe, la France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool). Même si chacun, ou presque aujourd'hui, connaît les dangers d'un verre de trop ou d'un paquet de cigarettes quotidien, pour soi comme pour les autres.

Pour s'adapter au mieux aux évolutions nouvelles, les pouvoirs publics ont mis en place un programme 2004-2008 pour prévenir les toxicomanies, prendre en charge la dépendance, développer la réduction des risques et lutter contre le trafic. Parce qu'une bonne information est un outil majeur de la prévention, ce livret sur les drogues, réactualisé, a pour ambition de vous apporter, produit par produit, une meilleure connaissance sur les effets, les dangers, les recours et les aides possibles, mais aussi sur l'évolution de la loi. Notre souhait est que ce livre se retrouve entre les mains du plus grand nombre ; qu'il suscite le dialogue, au sein de la famille, à l'école ou au travail. Mieux informé, le citoyen est plus autonome dans ses choix, mieux à même de s'orienter vers des systèmes

d'aides et de soins et plus apte à soutenir des proches en difficulté, dans un domaine, la dépendance, qui plonge au plus profond de la personne humaine.

**Didier Jayle**

Président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

**Philippe Lamoureux**

Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé



# QU'EST-CE QU'UNE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE ?

Toutes ces substances ont un usage réglementé ou interdit

**Alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, etc. sont des substances psychoactives qui agissent sur le cerveau :**

>> elles modifient l'activité mentale, les sensations, le comportement. Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé, et peut entraîner des conséquences dans la vie quotidienne ; leur usage peut en outre engendrer une dépendance ;  
>> elles provoquent des effets somatiques (sur le corps) variables selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité.

**Le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne (...) sont des substances illicites :** le code pénal en interdit et en réprime la production, la détention et la vente, conformément aux conventions internationales ; leur usage est également interdit et sanctionné.

Les médicaments psychoactifs (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) sont prescrits par un médecin pour traiter des états d'anxiété, de troubles du sommeil, de dépression ; leur production et leur usage sont strictement contrôlés. Cependant, il arrive qu'ils soient détournés de cet usage thérapeutique, et l'automédication est fréquente.

L'alcool et le tabac sont des produits dont la vente est contrôlée, et leur consommation dans les lieux publics réglementée.

## USAGE, USAGE NOCIF ET DÉPENDANCE : LES DIFFÉRENTS

# COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION

La consommation des substances psychoactives a pour effet immédiat de modifier les perceptions, l'humeur et le comportement. Ces effets varient selon les substances, les quantités, la fréquence et la durée des consommations et sont aussi modulés par des facteurs individuels.

La consommation régulière peut avoir un retentissement sur les activités, les relations et la vie personnelle : c'est ce qui définit un usage nocif.

La dépendance est la situation dans laquelle se trouve la personne qui ne peut plus se passer du produit sans ressentir un manque d'ordre physique et/ou psychique.

De plus, certaines substances comportent des risques à court terme (overdose, accidents, violence) ou à long terme pour l'organisme, notamment des cancers, des maladies respiratoires ou cardiovasculaires.

### **>>> QU'EST-CE QUE L'USAGE SIMPLE ?**

L'usage simple est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui. Il en est ainsi chez les adolescents et les jeunes qui essaient les drogues illicites par curiosité, ou qui consomment avec les autres

>>>

---

**L'usage simple comporte des risques dans quelques situations particulières, comme :**

- > la consommation d'une substance avant de conduire un véhicule (automobile, deux roues, machine, etc.) ;
- > la consommation de substances illicites, mais aussi d'alcool et de tabac, chez la femme enceinte ;
- > l'association avec certains médicaments.

Ces risques existent dès la première consommation.

---

>>>

par effet d'entraînement. Beaucoup en resteront à une unique expérience ou n'auront qu'une consommation occasionnelle en petite quantité.

Le passage à des consommations de plus en plus régulières ou à des produits de plus en plus dangereux (selon la théorie de l'escalade) ne se produit pas de façon systématique. Il varie selon le potentiel addictif de chacune des substances et la vulnérabilité des individus due à leur contexte de vie, leur histoire personnelle et l'existence ou non de troubles psychologiques.

**>>> QU'EST-CE QUE L'USAGE NOCIF ?**

L'usage nocif, ou abus, est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, pour le sujet lui-même, mais aussi pour son environnement.

**On parle d'usage nocif lorsque l'on peut constater :**

>> des infractions répétées liées à l'usage d'une substance (violences commises sous l'effet d'un produit, accidents divers sous l'effet du produit, etc.) ;

L'usage nocif est une consommation qui, même sans dépendance, provoque des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur, ses proches ou son environnement plus large.

- >> l'aggravation de problèmes personnels ou sociaux causés ou amplifiés par les effets de la substance sur les comportements (dégradation des relations familiales, difficultés financières, etc.) ;
- >> des difficultés et/ou l'incapacité à remplir ses obligations dans la vie professionnelle, à l'école, à la maison (absences répétées, mauvaises performances au travail, baisse des résultats scolaires, absentéisme, exclusion, abandon des responsabilités, etc.) ;
- >> l'incapacité à se passer du produit pendant plusieurs jours.

## >>> LA DÉPENDANCE, ÇA COMMENCE QUAND ?

Une personne est dépendante lorsqu'elle ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. Sa vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit. La dépendance peut s'installer de façon brutale ou progressive, en fonction de l'individu et du produit consommé.

**La dépendance, qui peut être physique et/ou psychique, se caractérise par des symptômes généraux :**

- >> l'impossibilité de résister au besoin de consommer ;
- >> l'accroissement d'une tension interne, d'une anxiété avant la consommation habituelle ;
- >> le soulagement ressenti lors de la consommation ;
- >> le sentiment de perte de contrôle de soi pendant la consommation.

**Le passage de l'usage simple à l'usage nocif, ou de l'usage nocif à la dépendance, n'est souvent pas perçu par le consommateur qui pense maîtriser sa consommation. Cette impression d'« auto-contrôle » d'une consommation n'est bien souvent qu'une illusion : on peut devenir dépendant d'un produit sans s'en rendre compte.**

>>>

>>>

## LA DÉPENDANCE PSYCHIQUE

La privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse allant parfois jusqu'à la dépression. Une fois qu'elle a cessé de consommer, la personne met du temps à s'adapter à une vie sans le produit. Cet arrêt bouleverse ses habitudes, laisse un vide et peut favoriser la réapparition d'un mal-être que la consommation visait à supprimer.

## LA DÉPENDANCE PHYSIQUE

La privation de certains produits tels que les opiacés, le tabac, l'alcool et certains médicaments psychoactifs engendre un état de manque qui se traduit par des symptômes physiques qui varient selon le produit : douleurs avec les opiacés, tremblements majeurs avec l'alcool, convulsions avec les barbituriques et les benzodiazépines.

Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du comportement (anxiété, irritabilité, angoisse, agitation, etc.).

Le besoin de consommation devient alors irrésistible.

Lorsqu'une personne arrête de manière brutale ou progressive la prise d'une substance psychoactive, on parle de sevrage. Pour libérer l'organisme du besoin de la substance sans les effets physiques du manque, les personnes pharmacodépendantes peuvent trouver une aide médicale et psychologique. Il leur est proposé un traitement approprié qui peut prendre la forme d'un sevrage sous contrôle médical ou d'un traitement de substitution. Le suivi et l'accompagnement psychologique sont souvent nécessaires pour retrouver une vie sociale et une activité normale.

Toutefois, le risque de rechute est important et plusieurs épisodes de soins sont souvent nécessaires pour mettre fin à la dépendance.

## La polyconsommation : multiplication des produits et des dangers

Les consommations sont souvent associées soit par un effet d'entraînement, soit pour la recherche de sensations, soit encore pour atténuer les effets de certains produits. On parle alors de polyconsommation, dont les dangers sont souvent méconnus : conjugués, les effets des produits sont amplifiés, entraînant des risques plus graves pour la santé.

Exemples de polyconsommation :  
cannabis et alcool ou  
héroïne et cocaïne.

# POLYCONSUMMATION

## LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ

15

(EN 2000)

# 19%

des 18-44 ans déclarent avoir déjà consommé en même temps au moins deux substances psychoactives (en excluant le tabac). Dans 90 % des cas, il s'agit du mélange alcool-cannabis [1].

# 35%

 des jeunes de 17 ans

déclarent avoir déjà consommé simultanément au cours de leur vie du **cannabis et de l'alcool** ;

# 10%

de **l'alcool et des médicaments** ;

# 1,9%

du **cannabis et des champignons hallucinogènes** [2].



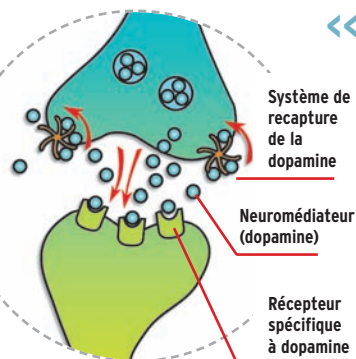
# L'ACTION DES DROGUES SUR LE CERVEAU

## >>> LA DOPAMINE ET LE « CIRCUIT DE LA RÉCOMPENSE »

Les drogues qui agissent le plus fortement sur l'humeur sont les psychostimulants et les opiacés. Les psychostimulants, comme leur nom l'indique, augmentent la vigilance et diminuent la sensation de fatigue et de sommeil : c'est le cas des amphétamines et de la cocaïne. Au contraire, les opiacés, comme la morphine ou l'héroïne, ont un effet d'endormissement. Bien que ces deux groupes de produits aient des effets opposés, les recherches actuelles ont montré qu'ils possèdent en commun la propriété d'augmenter dans le cerveau la libération d'une molécule fabriquée par les neurones, la dopamine. En fait, ce ne sont pas seulement les psychosti-

>>>

16



### <<< SYNAPSE

Pour passer d'un neurone à un autre, l'influx nerveux se transforme en messages chimiques qui prennent la forme d'une substance sécrétée par le neurone, le neuromédiateur, comme par exemple la dopamine. Il existe différents neuromédiateurs (la dopamine, la sérotonine, l'acétylcholine, etc.) qui se lient à des récepteurs spécifiques. Le neuromédiateur traverse l'espace situé entre deux neurones, la synapse. C'est sur ces processus qu'agissent les substances psychoactives.

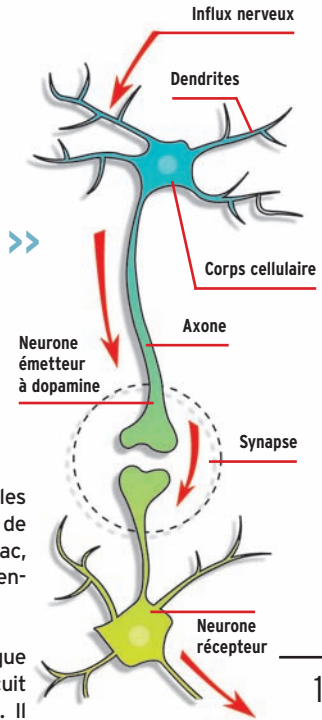
## CONNEXION ENTRE DEUX NEURONES

À l'intérieur du cerveau, les informations circulent sous forme d'activité électrique, appelée influx nerveux ; elles cheminent des dendrites au corps cellulaire, où elles sont traitées, puis du corps cellulaire à l'axone. Quelle que soit la substance, le cerveau est la première cible.

>>>

mulants et les opiacés mais aussi tous les produits qui possèdent cette propriété de faire libérer la dopamine, comme le tabac, l'alcool, l'ecstasy ou le cannabis, qui déclenchent de la dépendance chez l'homme.

L'intérêt de cette découverte vient de ce que la dopamine active chez l'homme un circuit appelé le « circuit de la récompense ». Il s'agit d'un ensemble de structures cérébrales qui, comme un baromètre, nous indiquent à chaque instant dans quel état physique et psychique nous nous trouvons. Lorsque la quantité de dopamine augmente dans ces structures, quelle qu'en soit la raison, nous ressentons du plaisir et considérons que tout va bien, même si par ailleurs notre corps souffre ou que nous sommes déprimés. Ainsi les drogues, par leur action biochimique, modifient la conscience que nous avons de notre environnement et de nous-mêmes. La prise répétée de drogues modifie à long terme la façon dont notre cerveau perçoit l'origine de ses satisfactions et perturbe notre recherche du plaisir, entraînant ainsi chez certaines personnes des phénomènes de dépendance.



Cocaïne, ecstasy, tabac, alcool, héroïne, médicaments psychoactifs, etc., tous les produits qui augmentent la quantité de dopamine dans le cerveau peuvent déclencher une dépendance.

## **CERVEAU HUMAIN, RÉGIONS CÉRÉBRALES ET CIRCUITS NEURONAUX (VOIES NERVEUSES)**

### **SYSTÈME LIMBIQUE**

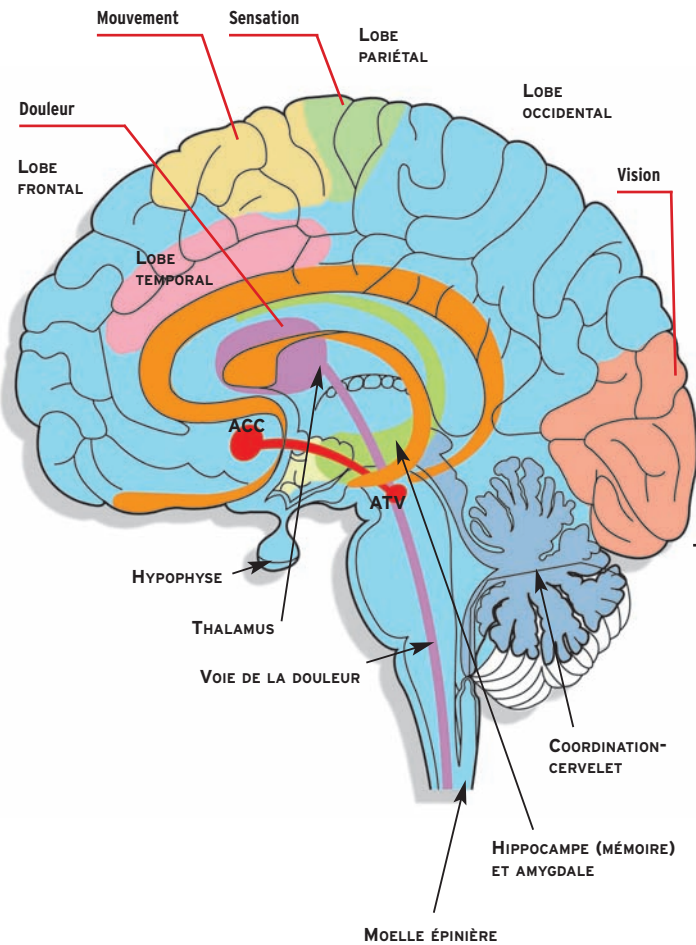
Le système limbique, ou cerveau des émotions, est le lieu où nos réactions cérébrales les plus primaires naissent, ainsi que la plupart des désirs et besoins vitaux, comme se nourrir, réagir à l'agression et se reproduire.

De ce fait, il existe dans le cerveau des circuits dont le rôle est de récompenser ces fonctions vitales par une sensation agréable ou de plaisir.

Ce système est composé, entre autres, de l'hypothalamus, de l'hippocampe et de l'amygdale.

### **SYSTÈME HÉDONIQUE OU SYSTÈME DE RÉCOMPENSE**

Le système hédonique fait également partie du système limbique ; il comprend l'aire tegmentale ventrale (ATV), qui contient des neurones à dopamine, et le noyau accumbens (ACC) où ils se projettent.



## **>>SUBSTANCE PAR SUBSTANCE, LES EFFETS SUR LE CERVEAU**

### **CANNABIS**

Le cannabis, par l'intermédiaire de son composé actif, le tétrahydrocannabinol (THC), entraîne une faible libération de dopamine selon un mécanisme encore mal compris. Les récepteurs au THC (cannabinoïdes) sont présents en forte densité dans le système limbique.

### **COCAÏNE**

La cocaïne agit en empêchant la recapture de la dopamine, de la noradréline et de la sérotonine au niveau des synapses. Ce faisant, elle augmente la présence et donc l'effet de la dopamine, notamment au niveau du cerveau des émotions (système limbique).

### **HÉROÏNE**

L'héroïne est transformée dans le cerveau en morphine. C'est en se liant sur des récepteurs situés sur des neurones à GABA (un neuromédiateur inhibiteur) que la morphine augmente la libération de dopamine. Lorsqu'ils sont stimulés par la morphine, ces récepteurs, dont le rôle naturel est de recevoir des endorphines, bloquent la libération de GABA et activent donc les neurones à dopamine.

### **AMPHÉTAMINES**

Les amphétamines ou l'ecstasy augmentent brutalement la libération de dopamine, de noradréline et de sérotonine. Ces fortes libérations sont suivies d'un épuisement des stocks de ces neuromédiateurs et d'une période de récupération plus ou moins longue.

## ALCOOL

L'alcool se lie à de nombreux récepteurs biologiques comme les récepteurs au glutamate ou au GABA. Il intervient aussi, comme certains composés de la fumée du tabac, en bloquant la dégradation de dopamine, de noradrénaline et de sérotonine.

## NICOTINE

La nicotine a longtemps été considérée comme le seul composé responsable de la dépendance au tabac. En fait, plusieurs observations indiquent que la nicotine n'est pas seule responsable de l'addiction au tabac. Des recherches récentes ont montré que la fumée du tabac contient aussi des produits qui bloquent la dégradation de neuromédiateurs comme la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline. La dépendance au tabac serait donc due à un effet synergique entre le blocage de la dégradation de ces neuromédiateurs et l'action de la nicotine qui agit en imitant l'action d'un neuromédiateur naturel, l'acétylcholine qui se lie aux récepteurs nicotiques.

## DES DROGUES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'usage de certaines substances n'est pas récent. En Asie, les feuilles du cannabis sont utilisées à des fins thérapeutiques depuis des millénaires, et l'alcool apparaît dès l'Antiquité ; La médecine grecque utilisait l'opium et en signalait déjà les dangers. Aux XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles, on se servait du tabac pour guérir les plaies. Au XIX<sup>e</sup> siècle, des chirurgiens

employaient la cocaïne. Utilisés pour soigner et guérir, ces produits (dont l'usage varie selon les cultures et les traditions) étaient aussi employés dans des cérémonies sacrées, des fêtes, afin de modifier l'état de conscience et renforcer les relations entre les personnes. Autrefois, le mot drogue désignait un "médicament", une préparation

des apothicaires (pharmaciens d'autrefois) destinée à soulager un malade. Puis il a été utilisé pour désigner les substances illicites.

Aujourd'hui, pour nommer l'ensemble de tous ces produits qui agissent sur le cerveau, que l'usage en soit interdit ou réglementé, on emploie le terme de "substances psychoactives".

# LES PRINCIPAUX PRODUITS

pro  
duit  
**illicite**

## **LE CANNABIS** **24**

Le cannabis, qu'est-ce que c'est ?	26
À quoi ça ressemble ?	26
Effets et dangers du cannabis	27
Cannabis et dépendance	29
Les chiffres d'une réalité	30

pro  
duit  
**illicite**

## **LA COCAÏNE** **36**

La cocaïne, qu'est-ce que c'est ?	38
Effets et dangers de la cocaïne	38
Cocaïne et dépendance	41
<b>Un dérivé de la cocaïne : le crack</b>	42
Les chiffres d'une réalité	44

pro  
duit  
**illicite**

## **L'ECSTASY ET LES AMPHÉTAMINES** **48**

L'ecstasy, qu'est-ce que c'est ?	50
Effets et dangers de l'ecstasy	51
Les amphétamines, qu'est-ce que c'est ?	55
Effets et dangers des amphétamines	55
Les chiffres d'une réalité	56

22

pro  
duit  
**illicite**

## **L'HÉROÏNE** **60**

L'héroïne qu'est-ce que c'est ?	62
À quoi ça ressemble ?	62
Effets et dangers de l'héroïne	62
La réduction des risques, qu'est-ce que c'est ?	64
Héroïne et traitement	65
Les chiffres d'une réalité	68

pro  
duit  
**illicite**

## **LES AUTRES DROGUES** **72**

Les hallucinogènes synthétiques	74
Les hallucinogènes naturels	76
Poppers, colles et autres solvants	78
Le GHB (ou Gamma OH)	80
Les chiffres d'une réalité	81

## **CE QUE PRÉVOIT LA LOI** **84**

Usage illicite ou trafic de produits stupéfiants	84
Conduire sous l'influence de stupéfiants	87



» Les produits les plus connus en France : cannabis, cocaïne, ecstasy et drogues dites de synthèse, héroïne, alcool, tabac, médicaments psychoactifs et certaines substances dopantes sont présentés dans les pages suivantes.

## **L'ALCOOL** **88**

L'alcool, qu'est-ce que c'est exactement ?	90
Effets et dangers de l'alcool	91
Alcool et grossesse, les liaisons dangereuses	94
Les chiffres d'une réalité	98
<b>Que prévoit la loi ?</b>	104
La sécurité routière	105

## **LE TABAC** **106**

Le tabac, qu'est-ce que c'est ?	108
Effets et dangers du tabac	108
Tabac et dépendance	109
Les chiffres d'une réalité	112
<b>Que prévoit la loi ?</b>	116

## **LES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS** **118**

Un médicament psychoactif, qu'est-ce que c'est ?	120
Effets et dangers des médicaments psychoactifs	120
Médicaments psychoactifs et toxicomanie	124
Les chiffres d'une réalité	127
<b>Que prévoit la loi ?</b>	129

## **LES PRODUITS DOPANTS** **130**

Une conduite dopante, qu'est-ce que c'est ?	132
Quelques chiffres	137
<b>Que prévoit la loi ?</b>	140






LE

# CANNABIS

25



Le cannabis, qu'est-ce que c'est ?  
À quoi ça ressemble ?  
Effets et dangers du cannabis  
Cannabis et dépendance  
Les chiffres d'une réalité

**Le cannabis est le produit illicite le plus largement consommé en France, surtout par les jeunes.**

**Les dangers d'une consommation régulière sont réels.**

## **LE CANNABIS, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

Le cannabis est une plante. Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol), inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit.

## **A QUOI ÇA RESSEMBLE ?**

> **l'herbe (marijuana, ganja, beuh, etc.).**

Ce sont les feuilles, tiges et sommités fleuries, simplement séchées. Elles se fument généralement mélangées à du tabac, roulées en cigarette souvent de forme conique ("joint", "pétard"...).

> **la résine (haschisch, hasch, shit, chichon, etc.).**

Obtenue à partir des sommités fleuries de la plante. Se présente sous la forme de plaques compressées, barrettes de couleur verte, brune ou jaune selon les régions de production. Se fume généralement mélangée à du tabac : "le joint".

Le haschich peut être coupé avec du henné, du cirage, de la paraffine, ou d'autres substances plus ou moins toxiques.



Le cannabis est une plante. Il se présente sous trois formes : l'herbe et la résine (photos) et l'huile.

**> l'huile**

Préparation plus concentrée en principe actif, consommée généralement au moyen d'une pipe. Son usage est peu répandu en France

**EFFETS & DANGERS DU CANNABIS****Les effets immédiats**

Les consommateurs recherchent un état de détente, de bien-être et une modification des perceptions (par exemple, sensation de mieux entendre la musique). Mais les effets recherchés ne sont pas toujours obtenus.

Les effets de la consommation de cannabis sont variables : légère euphorie accompagnée d'un sentiment d'apaisement, légère somnolence... Mais elle peut entraîner aussi parfois un malaise, une intoxication aigüe ("bad trip") qui peut se traduire par des tremblements, des vomissements, une impression de confusion, d'étouffement, une angoisse très forte.

Le cannabis diminue les capacités de mémoire immédiate et de concentration chez les consommateurs, tant qu'ils sont sous l'effet du cannabis. La perception

&gt;&gt;&gt;

A 17 ans, un adolescent sur cinq consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année, et

**15%**

plusieurs fois par semaine.

**Les risques respiratoires**

La fumée du cannabis contient des substances cancérigènes comme celle du tabac : elle est donc toxique pour le système respiratoire. L'association du tabac et du cannabis entraîne

des cancers du poumon plus précoces que le tabac seul. Les risques respiratoires sont amplifiés dans certaines conditions d'inhalation (pipes à eau, "douilles").

Une dépendance psychique est parfois constatée lors d'une consommation régulière et fréquente : les préoccupations sont alors centrées sur la recherche, l'achat et la planification des consommations.

>>>

visuelle, la vigilance et les réflexes sont également modifiés. Ces effets peuvent être dangereux si l'on conduit une voiture ou si l'on utilise des machines (machines-outils par exemple).

Selon la personne, la quantité consommée et la composition du produit, le cannabis peut avoir des effets physiques comme :

- >> un gonflement des vaisseaux sanguins (yeux rouges) ;
- >> une augmentation de l'appétit (fringales) ;
- >> une augmentation du rythme du pouls (palpitations) ;
- >> une diminution de la sécrétion salivaire (bouche sèche) ;
- >> parfois une sensation de nausée.

#### **Les effets d'une consommation régulière**

Certains effets sont loin d'être anodins et révèlent un usage problématique, donc nocif :

- >> difficultés de concentration, difficultés scolaires ;
- >> préoccupations centrées sur l'obtention et la consommation du produit, isolement social et perte de motivation ;



## UN PEU D'HISTOIRE

Originaire des contreforts de l'Himalaya, le cannabis a été utilisé par l'homme depuis des millénaires en Extrême et au Moyen-Orient.

Le chanvre, la plante dont est tiré le cannabis,

était cultivé pour ses fibres destinées à la fabrication de cordages, de papiers et de tissus, et sa résine était utilisée autrefois comme médication pour soulager les spasmes, les troubles du sommeil, la douleur.

>> risques pour l'usager et son entourage, liés aux contacts avec des circuits illicites pour se procurer le produit ;

>> chez certaines personnes vulnérables, le cannabis peut engendrer ou aggraver un certain nombre de troubles psychiques comme l'anxiété, la panique et favoriser la dépression. Il peut aussi provoquer l'apparition d'une psychose cannabique : il s'agit d'une bouffée délirante qui nécessite une hospitalisation dans un service spécialisé. Le cannabis est également susceptible, chez les sujets prédisposés, de révéler ou d'aggraver les manifestations d'une maladie mentale grave, comme la schizophrénie.

## CANNABIS & DÉPENDANCE

On peut devenir dépendant au cannabis, mais les individus ne sont pas égaux devant le risque de dépendance. Plusieurs facteurs entrent en jeu : certains consommateurs réguliers, en raison de leurs habitudes de consommation, de leur personnalité, de leur histoire personnelle, de leur environnement, auront plus de mal que d'autres à diminuer ou arrêter leur consommation, et sont donc plus vulnérables à la dépendance.



En février 2005, une vaste campagne médiatique de prévention, la première en Europe, a été diffusée à la télévision, à la radio et dans les journaux de presse écrite, mettant en garde contre les dangers d'une consommation régulière, avec des témoignages de consommateurs.

Le cannabis a été introduit en Europe au début du XIX<sup>e</sup> siècle par les soldats de Bonaparte, et par des médecins anglais de retour des Indes qui lui prêtaient des vertus thérapeutiques dans le traitement

des migraines, de l'asthme et de l'épilepsie.

En France, il n'y a pas de médicaments à base de cannabis. Cependant, dans certains pays, le cannabis ou ses dérivés

sont prescrits pour soulager certains symptômes (vomissements, douleur...), et pour améliorer l'appétit des personnes atteintes de maladies graves.

# CANNABIS

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

**1,2 million**

consommateurs  
réguliers

## CONSOMMATION DÉCLARÉE

Selon les données de l'OFDT, en 2005 la France compte 1,2 million de consommateurs réguliers de cannabis (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours), dont 550 000 consommateurs quotidiens parmi les 12-75 ans. Le cannabis est, de loin, le produit illicite le plus consommé par la population française, en particulier chez les jeunes, et surtout les garçons.



30

## JEUNES DE 17-18 ANS, EN 2003 [2]

Au moins une fois  
dans les 30 derniers jours :

**38%** des garçons

**26%** des filles

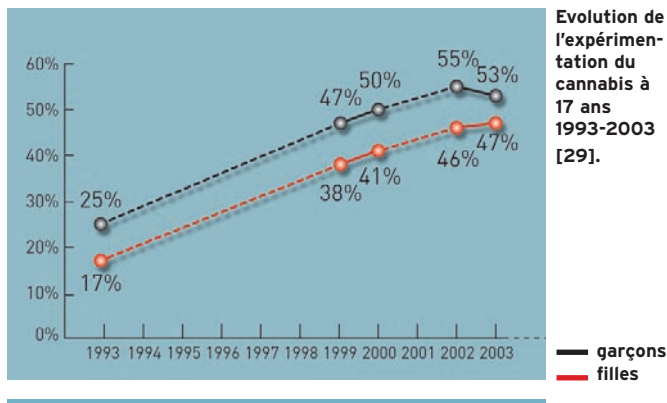
Usage régulier (10 fois  
ou plus au cours des  
30 derniers jours) :

**18%** des garçons

**8%** des filles

### >> Expérimentation

À 17 ans, un jeune sur deux déclare avoir fumé du cannabis au moins une fois dans sa vie. C'est le produit illicite le plus précocement expérimenté. L'expérimentation se fait en moyenne vers 15 ans. Les garçons sont davantage concernés et commencent plus jeunes.



### ADULTES DE 18 À 64 ANS, EN 2005 [3][32]

Au moins une fois dans la vie :

**32%**

Au moins une fois dans l'année :

**12%**  
des hommes

**7%**  
des femmes

Au-delà de ces pourcentages de consommateurs dans l'ensemble de la population adulte, on observe de grandes différences de comportement suivant les âges. Chez les jeunes adultes (18-44 ans), 16 % des hommes et 11 % des femmes ont consommé du cannabis dans l'année. Ces pourcentages deviennent en revanche très faibles chez les adultes âgés de 45 à 75 ans (2% chez les hommes et à peine 1% chez les femmes).





## SOINS

PARMI LES PERSONNES ACCUEILLIES DANS  
LES CENTRES SPÉCIALISÉS EN 2003 [4]

---

Le cannabis est à l'origine de 27 à 29% des demandes de soins en centres spécialisés, qui ont notablement augmenté depuis la fin des années 1990. Pour répondre à ces demandes spécifiques, des consultations spécialisées, anonymes et gratuites, ont été mises en place en 2005 dans tous les départements.

## MORTALITÉ

Une étude récente [26] évalue à 230 le nombre de décès par accidents de la route attribuables à la consommation de cannabis. La consommation régulière de cannabis serait également susceptible de provoquer des cancers mais il n'existe pour l'instant aucune estimation du nombre de décès qui pourraient en résulter.

## INTERPELLATIONS (EN 2004) [5]

Pour usage simple :

**91 705**

personnes interpellées (91% des interpellations pour usage) ; le cannabis est la première substance en cause dans les interpellations.

**23 ans**

C'est l'âge moyen de l'utilisateur de cannabis interpellé.

Pour usage-revente et trafic :

**13 670**

personnes interpellées pour usage-revente et trafic de cannabis.

# CANNABIS

## LES RISQUES AU VOLANT

Une étude de grande ampleur\* a été menée en France, pour examiner le lien entre l'usage de stupéfiants et les accidents mortels sur les routes. L'étude a ainsi retenu 10 748 conducteurs impliqués dans un accident mortel, entre octobre 2001 et septembre 2003.

Les principales conclusions de cette étude sont :

- » Conduire sous l'effet du cannabis double, en moyenne, le risque d'être responsable d'un accident mortel (x 1,8).
- » L'étude démontre pour la première fois l'existence d'un « effet-dose », c'est-à-dire que le risque augmente avec la concentration de THC (principe actif du cannabis) dans le sang.
- » Le nombre de victimes imputable au cannabis serait de l'ordre de 230 morts par an sur les routes (sur une base de 6000 accidents mortels), dont une grande part a moins de 25 ans. Les accidents résultent d'une plus grande vulnérabilité du conducteur face à un événement inattendu ou, en cas de forte consommation ou de mélange avec l'alcool, d'une dégradation générale des capacités de conduite pouvant mener à une perte de contrôle.
- » La consommation conjointe de cannabis et d'alcool (effective chez 40% des conducteurs positifs au cannabis) entraîne une cumulation des effets, et une multiplication des risques : le conducteur positif au cannabis et à l'alcool multiplie ainsi par 14 le risque d'être responsable d'un accident mortel.



\* Etude coordonnée par l'OFDT et réalisée par le groupe SAM : Ceesar, LAB PSA Peugeot-Citroën/Renault, Inserm, INRETS et OFDT ; sous la responsabilité scientifique de Bernard Laumon (INRETS/UCBL/InVS UMR ESTTE) [26].

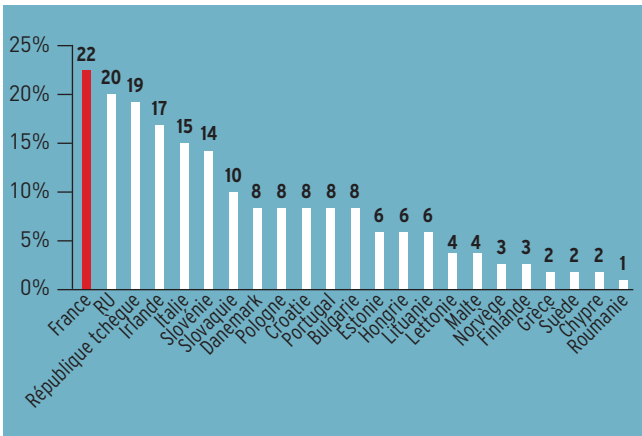
## TENDANCE STATISTIQUE

Dans l'ensemble de la population, l'expérimentation et la consommation de cannabis ont augmenté régulièrement depuis le début des années 1990. Toutefois, on a observé, entre 2002 et 2003, un retournement de tendance parmi les jeunes de 17 ans, avec une baisse du niveau d'expérimentation et une certaine stabilisation du niveau d'usage régulier, tendance qui reste à confirmer dans les enquêtes ultérieures.



# CANNABIS

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE [6]



Pourcentage de jeunes ayant consommé de la marijuana ou du haschich au cours des 30 derniers jours parmi les jeunes scolarisés de 15/16 ans (2003)



LA

# COCAÏNE

37

La cocaïne,  
qu'est-ce que c'est ?  
Effets et dangers de la cocaïne  
Cocaïne et dépendance  
Un dérivé de la cocaïne :  
le crack  
Les chiffres d'une réalité

**La cocaïne est un psycho-stimulant, qui peut provoquer une forte dépendance. Le crack est l'un de ses dérivés.**

## **LA COCAÏNE, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

La cocaïne se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche, cristalline et sans odeur. Elle est extraite des feuilles de cocaïer.

Lorsqu'elle est "sniffée", elle est appelée « ligne de coke » ; elle est aussi parfois injectée par voie intraveineuse ou fumée, principalement sous forme de crack (ou free base).

## **EFFETS ET DANGERS DE LA COCAÏNE**

L'usage de cocaïne provoque une euphorie immédiate, un sentiment de toute-puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la douleur et à la fatigue. Ces effets laissent place ensuite à un état dépressif et à une anxiété que certains apaisent par une prise d'héroïne ou de médicaments psychoactifs.

### **La cocaïne provoque :**

**>> Une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins.** Les tissus, insuffisamment irri-

>>>

---

### **Un mélange à haut risque**

La cocaïne est en général **frelatée, coupée ou mélangée** à d'autres substances par les trafiquants, ce qui peut accroître la dangerosité de sa consommation en particulier dans le cas d'interaction avec d'autres produits dont on ne connaît pas

toujours la composition. Ainsi, en 2004 et 2005, des cas d'intoxication aigüe ont été signalés en France et en Europe : les examens ont détecté que la cocaïne consommée avait été mélangée avec d'autres produits (comme l'atropine).

---









La cocaïne se présente généralement sous la forme de poudre.

>>>

gués, manquent d'oxygène, et se détériorent (nécrose). C'est notamment souvent le cas de la cloison nasale avec des lésions perforantes chez les usagers réguliers.

>> **Des troubles du rythme cardiaque.** Ils peuvent être à l'origine d'accidents cardiaques, notamment chez des personnes fragiles et/ou qui consomment de fortes quantités de tabac.

>> **Des troubles psychiques,** une grande instabilité d'humeur, des délires paranoïdes ou des attaques de panique.

>> **Une augmentation de l'activité psychique** et, par conséquent, des insomnies, des pertes de mémoire et des phases d'excitation.

Une autre caractéristique de la cocaïne est de lever les inhibitions, ce qui peut conduire à des actes de violence, des agressions sexuelles, des dépenses compulsives, etc. La sensation de "toute-puissance" entraînée par la cocaïne peut engendrer des passages à l'acte.

En outre, les matériels utilisés pour "sniffer" peuvent transmettre les virus des hépatites B et C, s'ils sont partagés entre plusieurs usagers. En cas d'injection, le matériel partagé peut transmettre le virus du sida et des hépatites B et C.

## COCAÏNE ET DÉPENDANCE

Excitant puissant, la cocaïne provoque une dépendance psychique importante.

Il est difficile d'arrêter une consommation intense de cocaïne tant le besoin d'en reprendre (appelé "craving") est important. L'apaisement, même avec la consommation d'une autre substance, est très difficile à obtenir.

## UN PEU D'HISTOIRE

Originaire des Andes, le cocaïer est un arbuste cultivé en Amérique du Sud, en Indonésie et dans l'Est africain.

Dans les sociétés précolombiennes, la coca servait de plante médicinale, de drogue stimulante, d'objet rituel et de moyen de paiement pour les impôts.

Dans les pays andins, les feuilles de coca sont encore consom-

mées sous forme d'une chique que l'on mastique pendant plusieurs heures, afin de faire disparaître la sensation de faim et de froid, et se protéger des effets de l'altitude.

Au début du XVI<sup>e</sup> siècle, les conquérants espagnols donnèrent ce stimulant aux indigènes qui travaillaient dans les mines.

En 1865, un chimiste autrichien élucida la

formule brute de la cocaïne ; dix ans plus tard, des dérivés étaient utilisés pour les anesthésies locales et, aux États-Unis, la cocaïne fut administrée comme tonique.

Depuis les années 1930, la consommation de cocaïne s'est progressivement répandue, notamment sous l'impulsion des cartels de trafiquants sud-américains.

## UN DÉRIVÉ DE LA COCAÏNE :

# LE CRACK

(appelé aussi cocaïne base ou free base)

### LE CRACK, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le crack est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque, qui se présente sous la forme de petits cailloux. L'utilisateur en inhale la fumée après les avoir chauffés. Cette opération provoque des craquements, origine de son nom.

### EFFETS ET DANGERS DU CRACK

Ce mode de consommation provoque des effets plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne et l'état dépressif qui lui succède est encore plus marqué.

L'usage régulier de crack peut provoquer des hallucinations et entraîner des comportements violents, paranoïaques ou suicidaires.

#### L'usage régulier de crack peut provoquer :

- >> des dommages rapides sur le cerveau ;
- >> de graves altérations des voies respiratoires ;
- >> des arrêts respiratoires et/ou cardiaques pouvant entraîner la mort ;
- >> des états d'épuisement physique et psychique avec une altération de l'état général ;
- >> des lésions cutanées (aux mains et aux lèvres) liées aux pratiques de consommation.



---

Le crack se présente  
sous la forme  
de petits cailloux.



Sa consommation régulière crée rapidement une forte dépendance psychique et une neurotoxicité (dégénérescence des neurones) très importante.

Les usagers, même après avoir cessé d'en consommer, restent souvent et longtemps (plusieurs mois) soumis à des altérations de l'humeur et à un désir très important de reprise de la drogue ("craving"), à l'origine de fréquents épisodes de rechute.

---

Comme pour la cocaïne, il n'existe pas de traitement de substitution tel que ceux qui existent pour les opiacés. La prise en charge fait appel à des techniques variées (traitements anti-

dépresseurs, thérapies de groupes et/ou individuels, thérapies motivationnelles...).

Elle doit dans tous les cas s'appuyer sur un accompagnement long et continu.

# COCAÏNE ET CRACK

## LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

### CONSOMMATION DÉCLARÉE DE COCAÏNE

>> L'expérimentation de cocaïne s'observe principalement dans les générations âgées de moins de 45 ans (près de 2% chez les 18-26 ans, 4% chez les 26-44 ans contre 0,4% chez les 45-75 ans).

ADULTES DE 18 À 64 ANS, EN 2005 [3][32]

Au moins une fois dans la vie :

4% des hommes

1,5% des femmes

JEUNES DE 17-18 ANS, EN 2003 [2]

Au moins une fois dans la vie :

2,8% des garçons

1,7% des filles

Au moins un usage dans les 30 derniers jours :

1,2% des garçons

0,6% des filles

### CONSOMMATION DÉCLARÉE DE CRACK

La consommation de crack, très concentrée sur la région parisienne et les départements des Antilles, est beaucoup plus rare que celle de la cocaïne. Moins de 1% (0,9%) des jeunes de 17/18 ans déclarent avoir expérimenté le crack une fois dans leur vie.



## SOINS

PARMI LES PERSONNES PRISES EN CHARGE  
DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS  
(EN 2003) [4] [7]

---

La cocaïne est à l'origine de 5 à 6% des demandes de soins, dont 2% pour le crack. Elle est souvent présente dans les tableaux de polyconsommation et 11% des personnes prises en charge déclarent en consommer actuellement.

## MORTALITÉ (EN 2004) [8]

---

Quinze décès par surdose de cocaïne ont été recensés par les services de police et de gendarmerie, dont cinq cas consécutifs à l'association de cocaïne et d'autres substances.

Jusqu'en 1995, moins de cinq cas de décès par surdose à la cocaïne étaient recensés chaque année par les services de police et de gendarmerie. Ce nombre est au minimum de dix depuis le début des années 2000.

Le recensement des décès liés à la cocaïne ne repose pas systématiquement sur des analyses toxicologiques. Il est possible que certains décès échappent aux services répressifs. La consommation régulière de cocaïne peut, par exemple, jouer un rôle dans certains décès intervenant à plus ou moins longue échéance mais cet aspect n'est pas mesuré à l'heure actuelle.

>>>



>> Le nombre élevé de consommateurs de crack interpellés, proportionnellement à une faible consommation générale de crack, s'explique par le mode de vie très marginalisé des consommateurs, qui, souvent dans la rue, sont plus visibles des services de police.

La consommation de cocaïne s'est élargie à d'autres milieux.

## INTERPELLATIONS (EN 2004) [5]

Pour usage simple :

# 2 458

usagers de cocaïne et 744 usagers de crack interpellés (en tout, 3% de l'ensemble des interpellations pour usage).

## 29 ans

C'est l'âge moyen de l'utilisateur de **cocaïne** interpellé.

## 34 ans

C'est l'âge moyen de l'utilisateur de **crack** interpellé.

Pour usage-revente et trafic :

# 2 484

trafiquants (internationaux, locaux ou usagers-revendeurs) de **cocaïne** interpellés.

# 462

trafiquants de **crack** interpellés.

## TENDANCE STATISTIQUE

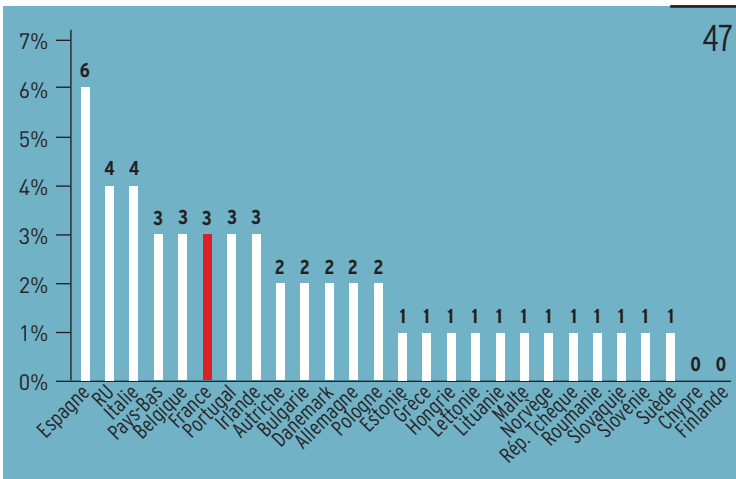
Bien que très loin derrière le cannabis, la cocaïne est la deuxième substance illicite la plus expérimentée (un usage au moins une fois dans la vie). Longtemps cantonnée aux milieux aisés ou au contraire à des usagers de drogues très marginalisés, la

consommation de cocaïne s'est élargie à d'autres milieux, notamment lors d'événements festifs (clubs, soirées privées, free party ou teknival).

Le profil de l'utilisateur de crack vu dans les structures de soins est un homme plus âgé que la moyenne des utilisateurs de cocaïne (32 ans), très désocialisé. Toutefois, on note l'apparition de nouveaux consommateurs issus des cités ou dans les milieux festifs en région parisienne.

## COCAÏNE

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE [6]



Pourcentage de jeunes ayant expérimenté la cocaïne parmi les jeunes scolarisés de 15/16 ans (chiffres 2003).





# L' ECSTASY ET LES AMPHÉTAMINES

L'ecstasy, qu'est-ce que c'est ?  
Effets et dangers de l'ecstasy

Les amphétamines, qu'est-  
ce que c'est ?  
Effets et dangers des  
amphétamines  
Les chiffres d'une réalité



**Ecstasy et  
amphétamines  
sont des  
produits de  
synthèse  
recherchés pour  
leurs effets  
stimulants,  
particulièrement  
dans les milieux  
festifs.  
Les risques liés  
à leur  
consommation  
sont importants.**

## **L'ECSTASY, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

L'ecstasy désigne un produit (comprimé, gélule, poudre) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (méthylènedioxymétamphétamine), responsable des effets psychoactifs qui combinent certains effets des stimulants et ceux des hallucinogènes.

L'ecstasy se présente généralement sous la forme de comprimés de couleurs et de formes variées, ornés d'un motif ou d'un logo qui change régulièrement. Le contenu d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy est souvent incertain : neuf fois sur dix lors des analyses toxicologiques, les comprimés contiennent bien des molécules amphétaminiques (de la MDMA dans 85 % des cas), mais on trouve aussi de la caféine, des médicaments, des sucres et liants divers. Sept pour cent des comprimés vendus comme ecstasy ne contiennent en réalité pas de MDMA.

Les comprimés  
d'ecstasy



---

En cas de prise simultanée avec d'autres substances, les risques sont accrus : par exemple en association avec l'alcool ou le cannabis dans un contexte de fête, ou encore en association avec certains médicaments, certains traitements anti-VIH, certains antidépresseurs, ou tout simplement l'aspirine.

---

Lorsqu'un comprimé contient de la MDMA, la quantité effective peut aller de quelques milligrammes à plus de 150 milligrammes, ce qui fait varier les effets dans la même proportion et rend plus difficile l'évaluation du risque.

## EFFETS ET DANGERS DE L'ECSTASY

>> Une certaine euphorie, une sensation de bien-être et de plaisir peuvent être ressenties dans un premier temps, mais parfois, au contraire, survient une sensation d'angoisse, une incapacité totale à communiquer. En général, les effets durent entre deux et quatre heures avant "la descente", qui s'apparente à une forme de dépression plus ou moins intense.

>> La consommation de MDMA peut entraîner des nausées, des sueurs, des maux de tête. Surtout, elle peut provoquer une déshydratation de l'organisme et une

>>>

**8** décès liés à l'ecstasy constatés par la police en 2003, dont quatre en association avec d'autres substances

élévation de sa température (hyperthermie), d'autant plus forte que le consommateur se trouve dans une ambiance surchauffée et fait un effort physique important, comme souvent lors de fêtes ou de raves.

>> Des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations), des troubles digestifs et des pertes de connaissance ont été décrits. Des accidents graves ont été reliés à la consommation d'ecstasy : décès par hyperthermie, arythmies cardiaques. Ils sont cependant rares.

>> Une consommation régulière entraîne avec le temps un amaigrissement et, par-

>>>



## UN PEU D'HISTOIRE

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 se rencontre dans les événements festifs en général (boîtes, bars, fêtes privées, etc.).



>>>

fois, une irritabilité. L'ecstasy peut provoquer une forme de dépendance psychique. Des dépressions graves, nécessitant un traitement médical, peuvent survenir en cas d'usage intense.

>> Enfin, des études scientifiques ont établi que des lésions de cellules nerveuses sont possibles à la suite de consommations de MDMA. On ne sait pas à ce jour si elles sont réversibles. Elles pourraient entraîner des maladies dégénératives ou être responsables de dépressions.

## Le testing

Le testing est une méthode utilisée par les associations intervenant dans les milieux festifs, principalement dans les soirées "rave", pour tester les pilules d'ecstasy. Ce test consiste à verser une goutte de réactif sur une petite quantité de produit pour déterminer, selon la réaction colorée, la présence ou non de MDMA. Mais le testing ne permet de

déterminer ni la quantité d'ecstasy contenue dans l'échantillon, ni la présence de produits de coupage. Cette pratique a donc souvent été critiquée pour ses insuffisances, mais aussi parce qu'elle peut donner au consommateur venu tester son produit un faux sentiment de sécurité. C'est pourquoi le testing n'est pas autorisé par les

pouvoirs publics dans l'ensemble des pays de l'Union européenne ; en revanche, un dispositif de surveillance a été établi avec les associations, afin de recueillir des informations sur les produits qui circulent, et maintenir un dialogue de prévention avec les consommateurs.



LES

# AMPHÉTAMINES

OU SPEED

## LES AMPHÉTAMINES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, utilisées récemment encore comme coupe-faim ou pour empêcher le sommeil, dans certaines circonstances. Leur toxicité ainsi que la forte dépendance psychique qu'elles entraînent expliquent que la plupart des amphétamines soient classées comme stupéfiant depuis 1967.

Aujourd'hui, les amphétamines se présentent généralement sous la forme de poudre à sniffer et parfois de comprimés.

Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux : la métamphétamine, appelée encore crystal, ice ou yaba, et dont la consommation est très marginale en France.

## EFFETS ET DANGERS DES AMPHÉTAMINES

>> Puissant stimulant physique et psychique, les amphétamines peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue et l'illusion d'être invincible.

>> Leur consommation peut entraîner des crises de tétanie et d'angoisse. La "descente" après une prise d'amphétamine peut induire un sentiment de dé-

couragement, voire un état dépressif.

>> Une consommation régulière peut entraîner une altération de l'état général du fait de la dénutrition et du manque de sommeil. Elle conduit à l'épuisement de l'organisme, une grande nervosité et des troubles psychiques, notamment des délires.

>> Ces produits s'avèrent très dangereux pour les personnes souffrant de dépression, de problèmes cardiovasculaires et d'épilepsie.

>> L'association avec de l'alcool ou d'autres substances psychoactives comme l'ecstasy (MDMA) accroît les risques de neurotoxicité.



# ECSTASY ET AMPHÉTAMINES

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

## CONSOMMATIONS DÉCLARÉES

ADULTES DE 18 À 64 ANS, EN 2005 [3][32]

Au moins une fois dans la vie :

Ecstasy | 3,1% des hommes  
1% des femmes

Amphétamines | 2% des hommes  
1% des femmes

>> Comme pour la plupart des drogues illicites, l'expérimentation de l'ecstasy chez les adultes concerne surtout les générations âgées actuellement de moins de 45 ans. En revanche, celle des amphétamines décroît moins avec l'âge, celles-ci ayant été utilisées par les femmes il y a quelques années en tant que coupe-faim lors de régimes amaigrissants.

**JEUNES DE 17-18 ANS, EN 2003** [2]

Au moins une fois dans la vie :



Au cours des 30 derniers jours :

**SOINS**

PARMI LES PERSONNES PRISES EN CHARGE  
DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS EN 2003 [4]

L'ecstasy est à l'origine  
d'un peu plus de **1%**  
des demandes de soins.

57

**MORTALITÉ** (EN 2004) [8]

>> quatre décès liés à l'ecstasy ont été constatés par la police en 2004, dont un en association avec d'autres substances.

>> un décès par surdose recensé par les services de police, lié aux amphétamines.

Le constat de ces décès ne repose pas systématiquement sur des analyses toxicologiques. Par ailleurs il est possible que certains décès échappent aux services de police. Les conséquences éventuelles d'une consommation d'ecstasy ou d'amphétamines sur la mortalité à long terme ne sont pas mesurées à l'heure actuelle.

**4 décès**

liés à l'ecstasy

**1 décès**

lié aux amphétamines

## INTERPELLATIONS (EN 2004) [5]

### Pour usage :

1 569

pour ecstasy, soit un peu moins de 2% de l'ensemble des interpellations pour usage.

256

pour amphétamines.

24 ans

C'est l'âge moyen de l'utilisateur interpellé.

### Pour trafic :

1 013

interpellations pour ecstasy, soit 5% de l'ensemble des interpellations pour trafic.

91

interpellations pour amphétamines.

## TENDANCE STATISTIQUE

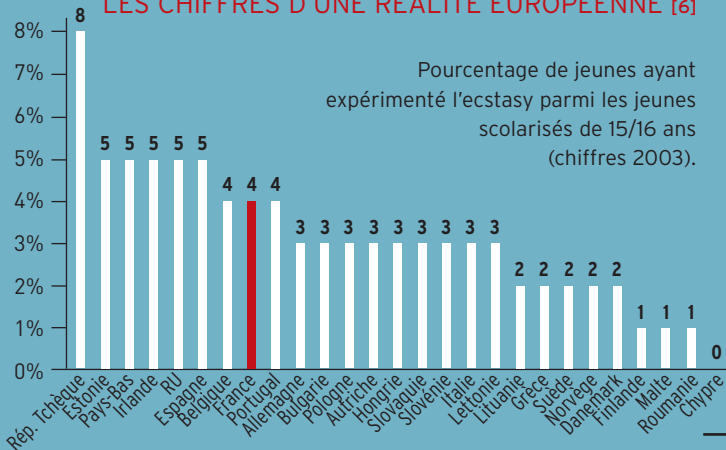


La consommation d'ecstasy apparaît en augmentation. Elle semble actuellement déborder le cadre des manifestations festives autour de la musique techno.



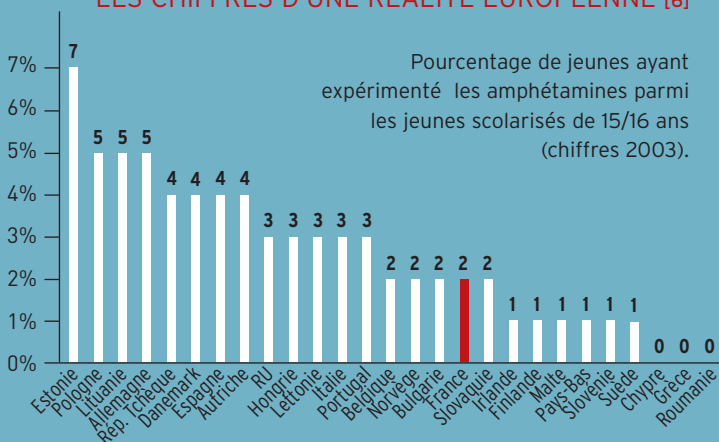
# ECSTASY

## LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE [6]



# AMPHÉTAMINES

## LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE [6]





L'

# HÉROÏNE

61

L'héroïne qu'est-ce  
que c'est ?

À quoi ça ressemble ?

Effets et dangers de l'héroïne

La réduction des risques,  
qu'est-ce que c'est ?

Héroïne et traitement

Les chiffres d'une réalité

**La consommation d'héroïne entraîne des risques importants, parfois mortels. Depuis les années 1980, la politique de réduction des risques a permis d'enrayer la contamination par le virus du sida.**



La morphine est le médicament le plus actif contre la douleur.

Il arrive que ce médicament soit détourné, avec les mêmes dangers que ceux de l'héroïne.

## **L'HÉROÏNE, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu par synthèse à partir de la morphine, extraite du pavot.

## **A QUOI ÇA RESSEMBLE ?**

L'héroïne se présente sous la forme d'une poudre ou de granulés à écraser. Longtemps injectée par voie intraveineuse, l'héroïne peut être aussi prise (sniffée) ou fumée. En France, les pratiques d'injection sont en baisse depuis plusieurs années.

## **EFFETS ET DANGERS DE L'HÉROÏNE**

L'héroïne provoque très rapidement l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Cet effet immédiat de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence, accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque. L'héroïne agit ponctuellement comme anxiolytique puissant et comme antidépresseur.

Quand l'usage se répète, la tolérance au produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. En quelques semaines, le consommateur ressent le besoin d'augmenter la quantité et la fréquence des prises. La vie quotidienne tourne autour de la consommation du produit.

La dépendance s'installe rapidement dans la majorité des cas. L'héroïnomanie oscille alors entre des états de soulagement euphoriques (lorsqu'il est sous l'effet de l'héroïne) et des états de manque qui provoquent anxiété et agitation... La dépendance à l'héroïne entraîne presque toujours des risques importants de marginalisation sociale.

Des troubles apparaissent très vite, dont l'anorexie et l'insomnie.



L'héroïne se présente sous la forme d'une poudre

La surdose (ou overdose) à l'héroïne provoque une dépression respiratoire souvent mortelle. Généralement provoquée par une consommation importante de produit, elle peut aussi survenir avec des doses relativement faibles, notamment lors d'une reprise de consommation après une période d'abstinence.

D'autre part, la pratique de l'injection expose à des infections locales (abcès) lorsqu'une bonne hygiène n'est pas respectée. Surtout, la mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation expose à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida (VIH) ou de l'hépatite C. C'est pour enrayer le phénomène de contamination qu'a été mise en place à partir de 1987 une politique de réduction des risques.

>>>

Des troubles apparaissent, dont l'anorexie et l'insomnie.

### Gestes d'urgence

La prise d'héroïne peut entraîner une **dépression respiratoire** et une **perte de conscience**. Dans ce cas, il faut tenir éveillée la personne encore

consciente (ouvrir les fenêtres, lui donner des claques) en attendant les secours du Samu ou des pompiers. Composer le **15**, le **18**, ou le **112** si c'est à partir d'un por-

table. En cas d'inconscience, pratiquer les gestes de secourisme (position latérale de sécurité, réanimation cardio-pulmonaire éventuellement).





## LA RÉDUCTION DES RISQUES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Ce sont des programmes spécifiques mis en place progressivement depuis les années 1980 auprès des usagers de drogues les plus en difficulté dans le but d'éviter la contamination par le virus du sida et par les virus des hépatites B et C.

### Les mesures spécifiques de la réduction des risques :

- >> En 1987, la mise en vente libre des seringues ;
- >> À partir de 1995, la création de programmes d'échange de seringues (PES) ;
- la diffusion de kits de prévention (trousses contenant deux seringues et du matériel stérile) en pharmacie et dans les PES ;
- l'installation de distributeurs automatiques de kits de prévention ;
- la création de "boutiques" qui offrent un espace de repos, une écoute sans jugement,

## Toxicomanie et VIH/VHC

La politique de réduction des risques, progressivement mise en place à partir de 1987 et inscrite dans la loi depuis 2004, a entraîné une chute spectaculaire du nombre de contaminations par le virus du sida chez les toxicomanes : ils ne représentent aujourd'hui que 2%

des nouveaux cas d'infections (nouvelles séropositivités). En revanche, la réduction des risques n'a pas encore permis d'enrayer la contamination par le virus de l'hépatite C, qui touche majoritairement les toxicomanes du fait de sa facilité de transmission par le sang et de sa

résistance à l'air libre.

L'Institut national de veille sanitaire a estimé entre 2 700 et 4 400 le nombre annuel des nouvelles contaminations pour les années 2002 et 2003.

En 2005, un plan d'action contre l'hépatite C a été lancé par les autorités sanitaires.

des services d'hygiène (douches, machines à laver), de la nourriture, orientent vers le soin et les services sociaux et distribuent du matériel d'injection stérile.

Ce dispositif de "boutiques", désormais reconnu par la loi de santé publique du 9 août 2004 sous l'appellation de "centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues", vise à maintenir un lien avec un usager, souvent en situation de grande précarité, pour éviter les risques majeurs et orienter vers les services de soins.

## HÉROÏNE ET TRAITEMENT

L'objectif de la prise en charge est l'arrêt de la consommation et de la prise compulsive d'opiacés. Cette prise en charge prend en compte les aspects médicaux, psychologiques et sociaux et s'inscrit dans la durée.

### **Le traitement médical peut prendre la forme :**

>> soit directement d'une procédure de sevrage. Celui-ci est réalisé en hospitalisation ou à domicile, avec une supervision médicale pour soigner les symptômes physiques et psychologiques de manque ressentis pendant le sevrage. Un séjour en post-cure de plusieurs mois peut être proposé à certaines personnes.

>> soit d'une prescription de traitement de substitution. Celui-ci consiste à remplacer la consommation d'héroïne par la prise par voie orale de médicaments opiacés : méthadone ou buprénorphine haut dosage (nom de spécialité du Subutex®). Ce traitement de la dépendance peut durer plusieurs mois ou plusieurs années.

Les traitements de la dépendance (sevrage ou traitement de substitution) sont également assurés en prison.

Le nombre de contaminations par le virus du sida a connu une chute spectaculaire chez les toxicomanes, qui représentent aujourd'hui

# 2%

des nouveaux cas d'infection.

## LES CHIFFRES DE LA SUBSTITUTION

En 2003, environ 100 000 personnes ont bénéficié d'un traitement de substitution, 20% sous méthadone et 80% sous Subutex®. Ces traitements améliorent l'état de santé et permettent de réduire l'utilisation des produits illicites, de diminuer la pratique de l'injection, de favoriser une insertion sociale, d'améliorer le suivi des traitements de l'infection VIH ou des hépatites et de réduire le risque de décès.

L'existence de pratiques d'injection de comprimés de Subutex® broyés et dilués et le détournement par une minorité d'utilisateurs revendant les comprimés hors du circuit des pharmacies ont conduit les pouvoirs publics à rechercher des dispositions nouvelles pour éviter ces pratiques dangereuses.

## UN PEU D'HISTOIRE

En 1898, un chimiste allemand, Heinrich Dreser, préconise d'employer l'héroïne synthétisée pour soigner la toux et les douleurs des personnes atteintes de tuberculose.

L'héroïne est considérée comme susceptible de se substituer à la morphine. Rapidement, une utilisation abusive se généralise. Aux États-Unis, on estimait à près de 500 000 le nombre de personnes dépendantes à l'héroïne à la veille de la

Première guerre mondiale.

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 et en 1963 en France.

Certains pays continuent à l'utiliser dans la pratique médicale. Sa prescription est prohibée en France. Des traitements de substitution à base

d'héroïne sont expérimentés dans certains pays, notamment en Suisse, aux Pays-Bas et en Espagne auprès des héroïnomanes en échec avec toutes les thérapies disponibles. L'héroïne est alors prise en injection ou fumée sous supervision directe dans des centres spécialisés. Lorsque la stabilisation est atteinte, la prise en charge évolue vers des traitements par la méthadone.





# HÉROÏNE

## LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

### CONSOMMATION DÉCLARÉE

>> Comme pour les autres drogues illicites, l'expérimentation de l'héroïne dans la population adulte concerne surtout les personnes âgées de moins de 45 ans.

ADULTES DE 18 À 64 ANS, EN 2005 [3][32]

Au moins une fois dans la vie :

1,3% des hommes  
0,4% des femmes

JEUNES DE 17-18 ANS, EN 2003 [2]

Au moins une fois dans la vie :

1,3% pour les garçons  
0,8% pour les filles

Au moins une fois dans les 30 derniers jours :

0,5% des garçons  
0,3% des filles

>> Ces chiffres sont calculés à partir de données indirectement liées à la consommation : interpellations, décès par surdose, demandes de traitement, etc.

### ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS D'OPIACÉS ET DE COCAÏNE À PROBLÈMES (EN 1999) [9]

Entre 150 000 et 180 000 | Usage nocif et/ou dépendance



## SOINS

PARMI LES PERSONNES PRISES EN CHARGE DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS EN 2003 [4] [7]

---

>> L'héroïne est à l'origine de 35 à 40% des prises en charge car si cette substance n'est consommée actuellement que par un peu plus de 10% des personnes prises en charge, la majeure partie des personnes dépendantes à l'héroïne suit en effet un traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et est ainsi suivie dans les centres spécialisés ou en ville.

>> L'usage détourné (autre que thérapeutique) des traitements de substitution est à l'origine d'environ 8% des demandes de soins.

## MORTALITÉ (EN 2004) [8] [24]

---

Le chiffre des décès liés à la consommation de produits opiacés est difficile à évaluer. Les causes de surmortalité peuvent être multiples : overdoses, transmission du virus du sida ou des hépatites, suicides, accidents, intoxications... En outre, les conséquences à long terme de la consommation d'héroïne ou d'opiacés ne sont actuellement pas connues.

### Selon les données dont on dispose :

>> Les services de police ont enregistré en 2004 trente-sept décès rattachés à une surdose d'héroïne ou d'un autre opiacé. Un chiffre sans doute sous-estimé, car un certain nombre de décès par surdose peuvent ne pas être connus des services répressifs.

Une nette tendance à la baisse est cependant observée depuis 1994, année au cours de laquelle un peu plus de 500 cas de décès par surdose aux opiacés avaient été recensés.

>>>

PATIENTS VUS EN MÉDECINE DE VILLE EN 2003 [24]

---

En un mois, les médecins exerçant en libéral ont vu un nombre estimé à 97 000 patients de consommateurs d'opiacés

37  
décès

rattachés à une surdose d'héroïne ou d'un autre opiacé

>> Quarante-vingt-six cas de décès par sida ont été recensés en 2004 chez les consommateurs de drogues utilisant la voie injectable, en grande majorité des consommateurs d'héroïne ou d'opiacés.

## INTERPELLATIONS (EN 2004) [5]

Pour usage simple :



**Chiffre en baisse**

depuis 1996  
(plus de 13 000  
interpellations annuelles  
pour usage d'héroïne en  
1994 et 1995)

**4%**

des interpellations

**3 730**  
interpellations

**29 ans**

C'est l'âge moyen  
des personnes  
interpellées pour  
usage d'héroïne.



70



**Chiffre en diminution**

depuis 1997

**10%**

de l'ensemble des tra-  
fiquants interpellés

soit

**1 905**  
interpellations

## TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION : BUPRÉNOPHINE HAUT DOSAGE ET MÉTHADONE (EN 2003) [10]

Nombre de patients sous **méthadone** :

Entre **11 000** et **17 000**

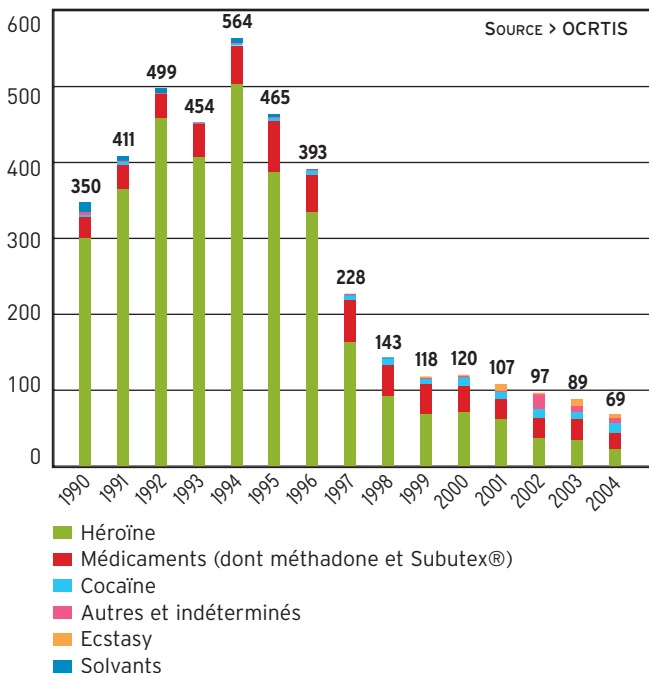
(d'après les données de vente et selon les différentes  
hypothèses envisagées pour les doses moyennes)

Nombre de patients sous **buprénorphine haut dosage** :

Entre **72 000** et **85 000**

## DÉCÈS PAR SURDOSE, 1990-2003

Nombre de décès



### TENDANCE STATISTIQUE

La chute du nombre de décès par surdose d'héroïne (en baisse constante depuis 1994) peut être attribuée au recul de la consommation d'héroïne par les toxicomanes dans les années 1990, consommation qui semble se stabiliser à un niveau assez faible depuis le début des années 2000. Ces évolutions peuvent être imputées à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés dans le cadre de la politique de réduction des risques.







LES AUTRES

# DROGUES

73

Les hallucinogènes  
synthétiques  
Les hallucinogènes naturels  
Poppers, colles et  
autres solvants  
Le GHB (ou Gamma OH)  
Les chiffres d'une réalité

Hallucinogènes synthétiques ou naturels, poppers, colles ou GHB, etc., les effets de ces produits peuvent être très violents. La consommation ne dépasse souvent pas le stade de l'expérimentation, et l'usage régulier reste rare.

## ① LES HALLUCINOGENES

### LE LSD

#### LE LSD, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Substance de synthèse, fabriquée à partir de l'acide lysergique, le LSD ("acide") est caractérisé par une puissante action hallucinogène.

L'acide lysergique est 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 ET DANGERS

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.

L'expérience du LSD est extrêmement dangereuse. L'usager peut éprouver un état confusionnel accompagné d'angoisses, de crises de panique (bad trip), de phobias, de bouffées délirantes.

Le LSD se présente sous la forme de petits morceaux de buvard



# SYNTHÉTIQUES

La "descente" peut être elle aussi très désagréable et générer un profond mal-être. Tout consommateur s'expose à des "bad trips", c'est-à-dire des hallucinations cauchemardesques, des illusions délirantes dangereuses (notamment lorsqu'on s' imagine pouvoir voler...), ou des perturbations psychiques prolongées.

Certaines personnes ressentent des épisodes de "flash back" ("retours d'acide") plusieurs jours ou semaines après une consommation.

## LA KÉTAMINE

### LA KÉTAMINE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le chlorhydrate de kétamine est un produit utilisé en France en anesthésie humaine et vétérinaire. Si, 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. Le produit est généralement "sniffé", notamment chez les consommateurs de cocaïne.

### EFFETS ET DANGERS

- >> Engourdissement avec perte du sens de l'espace ;
- >> sentiment de dissociation entre le corps et l'esprit.

La durée des effets se situe généralement entre 2 et 4 heures. Une accoutumance amène les usagers à augmenter progressivement les doses consommées.

### L'utilisation illicite de la kétamine peut entraîner :

- >> des brûlures du fait de l'anesthésie induite par la kétamine. Chutes, pertes de connaissance, voire coma.
- >> des troubles psychiques (anxiété, attaques de panique) et neurologiques (paralysies temporaires), notamment en cas d'association avec d'autres hallucinogènes et/ou de l'alcool.

Des substances hallucinogènes sont présentes dans certains végétaux : ce sont les hallucinogènes "naturels".

## ② LES HALLUCINOGENES

---

### LES CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES

Si l'expérimentation concerne près de 6% des garçons de 17/18 ans, la consommation plus régulière reste très épisodique et concerne surtout des jeunes à la recherche soit d'une aventure de groupe, soit d'expériences intérieures. Les champignons hallucinogènes ainsi que les préparations les comprenant sont classés comme produits stupéfiants.

La variété la plus connue des champignons hallucinogènes est la famille des psilocybes qui comporte plus de quatre-vingt variétés. Le principe actif 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 ET DANGERS**

Les champignons hallucinogènes procurent des effets hallucinogènes et euphorisants proches de ceux du LSD. 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



## NATURELS

en principe actif et peuvent exposer à de graves accidents.

Tous les champignons hallucinogènes sont vénéneux et présentent un réel risque toxique mortel.



## LES AUTRES PLANTES HALLUCINOGENES

Toutes ces plantes sont consommées de manière très marginale en France :

- >> les plantes à mescaline ou cactus hallucinogènes (peyotl) ;
- >> la Salva Divinorium ;
- >> les solanacées (datara, belladone, mandragore, etc.) ;
- >> l'ayahuasca ;
- >> l'iboga.

La plupart de ces plantes sont classées comme stupéfiant. Leurs effets hallucinogènes sont souvent très puissants et leur consommation peut être extrêmement dangereuse, voire mortelle.

Leur consommation peut être extrêmement dangereuse, voire mortelle.

## ③ POPPERS, COLLES ET

---

### LES POPPERS

#### QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les poppers sont des préparations contenant des nitrites dissous dans des solvants, présentés comme aphrodisiaques et euphorisants, et destinés à être inhalés.

Certains poppers, ceux qui contiennent des nitrites de pentyle ou de butyle, sont interdits à la vente en France. Les poppers sont essentiellement consommés par les jeunes adultes. Ils sont utilisés dans les milieux homosexuels depuis les années 1970 et leur consommation s'est étendue secondairement à d'autres usagers, en milieu festif. Les poppers se présentent sous la forme d'un petit flacon ou d'une ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu.

#### EFFETS ET DANGERS

Ils peuvent provoquer une sensation d'euphorie, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Ils sont également utilisés dans le but d'optimiser les performances sexuelles.

Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes.

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.).



## AUTRES SOLVANTS

# LES AUTRES INHALANTS ET SOLVANTS

### QU'EST-CE QUE C'EST ?

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 ET DANGERS

Ces substances provoquent successivement une euphorie avec sensation d'ivresse, suivie, chez certains consommateurs, de troubles de la perception pouvant conduire à des hallucinations, et enfin, une somnolence allant parfois jusqu'à la perte de conscience.

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.



## ④ LE GHB (OU GAMMA OH)

---

En France, l'usage de GHB reste très rare, cantonné à certains milieux festifs. Il est classé comme stupéfiant.

LE GHB (gamma-hydroxybutyrate) est une molécule anesthésique à usage médical. Il a une double action : euphorisante, puis sédative. Son utilisation comme drogue est cantonnée à certains lieux de la vie nocturne.

Il est généralement vendu sous forme de poudre soluble ou sous forme liquide. Il est ingéré.

Les effets du GHB se manifestent rapidement (10 à 15 min.) et durent entre 45 et 90 minutes. Ils se traduisent par une légère euphorie, une capacité de communication amplifiée.

Son usage peut entraîner des vertiges, des nausées, des contractions musculaires ou des hallucinations.

En cas d'association avec de l'alcool ou en cas de dose trop forte, le GHB peut provoquer une altération de la conscience, voire un coma de quelques heures, suivi d'une amnésie. Cette particularité a été quelquefois exploitée dans des cas de viol, d'où son appellation importée des États-Unis de "rape drug" ou drogue du viol.



## AUTRES DROGUES

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

## CONSOMMATIONS DÉCLARÉES

ADULTES DE 18 À 64 ANS EN 2005 [3][32]  
OU EN 2000 [1]

Au moins une fois dans la vie :

## LSD

2,6% des hommes  
0,8% des femmesChampignons  
hallucinogènes4,3% des hommes  
1,4% des femmes

JEUNES DE 17-18 ANS, EN 2003 [2]

Au moins une fois dans la vie :

## Poppers

5,3% des garçons  
3,7% des filles

## LSD

1,9% des garçons  
0,9% des fillesChampignons  
hallucinogènes5,9% des garçons  
2,6% des filles

## Kétamine

0,7% des garçons  
0,4% des filles



## SOINS

PARMI LES PERSONNES PRISES EN CHARGE  
DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS EN 2003 [4]

---

Le LSD ou les autres hallucinogènes sont cités comme produits à l'origine des prises en charge pour moins de 1% des personnes vues dans les CSST.

## INTERPELLATIONS (EN 2004) [5]

Pour usage simple :

**269**

pour champignons  
hallucinogènes

**59**

pour LSD

Pour trafic (usage-revente ou trafic) :

**28**

pour champignons  
hallucinogènes

**19**

pour LSD

## **USAGE OU TRAFIC DE PRODUITS STUPÉFIANTS**

**La loi du 31 décembre 1970 interdit et pénalise l'usage illicite de toute substance classée comme stupéfiant.** Elle a été complétée par plusieurs circulaires de politique pénale, la dernière en date d'avril 2005.

**>> L'usage illicite de stupéfiants est un délit sanctionné d'une peine pouvant aller jusqu'à un an de prison et 3 750 euros d'amende.**

Dans la pratique, les orientations de politique pénale recommandent aux procureurs d'éviter l'incarcération et de privilégier l'orientation sanitaire et sociale. Ainsi, selon le degré de consommation et les dommages entraînés, la circulaire d'avril 2005 prévoit une réponse "systématique", mais graduée, avec plusieurs peines alternatives aux poursuites : classement assorti d'un rappel à la loi, classe-

## CE QUE PRÉVOIT

# LA LOI

ment assorti d'une orientation vers une structure sanitaire ou sociale, ou injonction thérapeutique, qui correspond à une obligation de soins contraignante. La circulaire précise que les poursuites pénales devant le tribunal correctionnel devront "rester exceptionnelles" et être réservées aux récidivistes ou aux usagers qui refusent de se soumettre aux mesures alternatives. Des peines dissuasives sont également réclamées pour un usage de drogues devant certains lieux (écoles) ou pour des professions à risques (chauffeurs routiers par exemple).

**>> Contrairement à ce que pensent certains consommateurs, vendre ou offrir des produits stupéfiants, même à des amis, même en petite quantité, est assimilé par la loi à du trafic. L'usager revendeur, qui finance**

ainsi sa consommation personnelle ou en tire un profit même minime, est donc considéré comme trafiquant et s'expose à des poursuites graves : jusqu'à cinq ans de prison et 75 000 euros d'amende. Ces peines peuvent être doublées quand la vente est faite à des mineurs ou dans des lieux spécifiques comme les abords d'établissements scolaires.

Pour les trafics de plus grande ampleur, le nouveau code pénal prévoit des sanctions extrêmement lourdes, pouvant aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité, et 7 500 000 euros d'amende (articles 222-34 et suivants).

Par ailleurs, la loi assimile à du trafic :

>> la production ou fabrication de stupéfiants (par exemple, le fait de cultiver chez soi un ou plusieurs plants de cannabis) ;

### La France, signataire des conventions internationales

Comme la plupart des Etats dans le monde, 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 drogue pour usage personnel. Certains pays font des distinctions selon le produit et selon le contexte d'usage (dans un lieu public ou privé). La législation française ne fait pas ces distinctions.



>> l'importation ou l'exportation de stupéfiants, même en très petites quantités réservées à la seule consommation personnelle.

À noter enfin que la loi réprime la provocation à l'usage et au trafic, un délit puni d'une peine maximum de cinq ans de prison et 75 000 euros d'amende. Il est interdit d'inciter à la consommation, ne serait-ce qu'en portant un tee-shirt où figure une feuille de cannabis.

**La loi du 3 février 2003** instaure une peine maximum de deux ans de prison et 4 500 euros d'amende pour toute personne conduisant ou ayant conduit sous l'influence 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 (au moins 0,5 g d'alcool par litre dans le sang), les peines sont portées à trois ans de prison et 9 000 euros d'amende.

Le tribunal peut en outre décider d'infliger une interdiction de conduire un véhicule pendant une durée de cinq ans au plus, une suspension du permis de conduire pour une durée pouvant atteindre trois ans, voire l'annulation du permis de conduire avec interdiction d'en solliciter un nouveau pendant 3 ans. Cette sanction s'applique également à toute personne sous l'emprise de stupéfiants "accompagnant un élève conducteur".

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.

## **CONDUIRE SOUS L'INFLUENCE DE STUPÉFIANTS**





**Les principaux produits**

L'

# ALCOOL

89

L'alcool, qu'est-ce que  
c'est exactement ?  
Effets et dangers de l'alcool  
Alcool et grossesse, les  
liaisons dangereuses  
Les chiffres d'une réalité  
Que prévoit la loi ?  
La sécurité routière



**Alcool-fête,  
convivialité, oubli...  
mais aussi alcool-  
violence, accidents,  
maladies... On  
estime que l'alcool  
est responsable  
chaque année  
d'environ  
40 000 décès**

## **L'ALCOOL, QU'EST-CE QUE C'EST EXACTEMENT ?**

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 et whisky.

Depuis plusieurs décennies, la consommation d'alcool en France est en diminution régulière : **la consommation annuelle d'alcool pur a ainsi baissé de moitié entre 1960 et aujourd'hui**. Malgré cette diminution, la France reste parmi les pays les plus consommateurs, au 4<sup>e</sup> rang des pays de l'Union européenne et au 6<sup>e</sup> rang mondial. Le vin constitue un peu plus de 60% de la consommation totale d'alcool, mais 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.

Whisky, alcool distillé, bière et vin



En 2004, les Français de 15 ans et plus consommaient par an et par habitant environ **13,1 litres d'alcool pur\***, soit l'équivalent de près de 3 verres standards d'alcool par Français et par jour.

\* **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.

---

## EFFETS ET DANGERS DE L'ALCOOL

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

### Les risques immédiats

À court terme et lorsqu'il est consommé à des doses importantes, l'alcool provoque un état d'ivresse et peut entraîner des troubles digestifs, des nausées, des vomissements... 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. On compte qu'il faut une heure en moyenne par verre absorbé. Si on boit sans manger, l'alcool passe plus rapidement dans le sang et ses effets sont plus importants.

### 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 femme, et selon le moment de la consommation. Le seuil de tolérance dépend donc de la personne et du contexte.

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

### La consommation d'alcool peut exposer à des risques majeurs :

- >> diminution de la vigilance, souvent responsable d'accidents de la circulation, d'accidents du travail ;
- >> pertes de contrôle de soi qui peuvent conduire à des comportements de violence, à des passages à l'acte, agressions sexuelles, suicide, homicide ;
- >> exposition à des agressions en raison d'une attitude parfois provocatrice ou du fait que la personne en état d'ébriété n'est plus capable de se défendre.

## Premix et alcopops : comment séduire les jeunes

Les professionnels du secteur des boissons alcoolisées ont développé des stratégies marketing en direction des jeunes consommateurs, attirés par les saveurs sucrées. Ils ont ainsi créé de nouveaux produits : les premix et les alcopops. Conditionnés en bouteilles ou en canettes, ces produits ont une teneur en alcool qui s'élève à 5-6 % du volume.

Les premix sont des boissons mélangeant des sodas ou des jus de fruit avec des alcools forts (whisky, vodka...). Arrivés sur le marché français en 1996, les premix ont été très lourdement taxés à partir de 1997, pour freiner le

développement de leur consommation chez les jeunes.

Les alcopops sont composés d'un mélange de boissons alcoolisées (par exemple bière et vodka) ou d'un alcool avec un arôme (par exemple vodka au citron).

Echappant au régime de taxation des premix, les alcopops sont apparus avec succès sur le marché français, avec plus de deux millions de litres vendus en 2003, et les ventes ont été presque multipliées par dix l'année suivante. L'adoption en 2004 de nouvelles règles de taxation devrait faire chuter les ventes de ces produits.



### Les risques à plus long terme

La consommation régulière, quand elle est excessive (ou au-delà des seuils de 2 à 3 verres par jour), augmente le risque de nombreuses pathologies : cancers (notamment de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, entre autres), maladies du foie (cirrhose) et du pancréas, troubles cardiovasculaires, hypertension artérielle, maladies du système nerveux et troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles du comportement).

### La dépendance

On parle de dépendance lorsque la personne est devenue incapable de réduire ou d'arrêter sa consommation, malgré la persistance des dommages. De nombreux symptômes apparaissent lors de la consommation ou de l'arrêt : tremblements, crampes, anorexie, troubles du comportement. Cette dépendance s'accompagne de difficultés majeures d'ordre relationnel, social, professionnel, sanitaire, judiciaire.

---

Au-delà du

## 2<sup>e</sup> verre

le taux d'alcoolémie autorisé pour la conduite d'un véhicule est dépassé (au-delà de 0,5 gramme d'alcool par litre de sang) : **on ne peut conduire ni voiture ni machine.**

Suivant l'état de fatigue et l'état psychologique (énervement, agitation...), il est nécessaire de se reposer, dormir, manger, ne pas conduire.

---



## ALCOOL ET GROSSESSE, LES LIAISONS DANGEREUSES

Une consommation, même occasionnelle ou faible, d'alcool pendant la grossesse n'est pas anodine et peut entraîner des risques pour l'enfant à naître. L'alcool passe du sang maternel au sang du fœtus, sans que le placenta ne 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 (retards de croissance du fœtus, accouchements prématurés), ainsi que des troubles des fonctions cognitives, tels que des troubles définitifs 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 : des anomalies dans la croissance, des anomalies faciales, des dommages du système nerveux central susceptibles d'entraîner des déficits fonctionnels tels que le retard mental ou l'hyperactivité.

---

Quand la consommation s'effectue avec, avant ou après d'autres substances (médicaments, drogues), les effets sont

majorés, et les risques multipliés. Une seule dose, même faible, peut avoir des conséquences néfastes immédiates.

---

Les troubles peuvent apparaître pour de faibles consommations et 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 : il est donc indispensable de s'abstenir de consommer toute boisson alcoolisée tout au long de la grossesse.

## Pour un usage sans dommage : les quantités à ne pas dépasser



1 verre standard

=

10 g d'alcool

>> Le verre d'alcool standard contient 10 g d'alcool pur ou encore 1,25 centilitre d'alcool pur quel que soit le produit alcoolisé.

>> Lorsqu'on boit de l'alcool, plus on dépasse les limites indiquées (augmentation des quantités et fréquences de consommation), plus le risque est important

### >> Consommations occasionnelles

Exceptionnellement, pas plus de **quatre verres standard** en une seule occasion.

### >> Consommations régulières - pour les femmes en dehors de la grossesse :

pas plus de deux verres standard par jour ;

#### - pour les hommes :

pas plus de trois verres standard par jour ;

- **au moins un jour par semaine** sans aucune boisson alcoolisée.

### >> Ne pas consommer

- pendant l'enfance et la préadolescence ;

- pendant la grossesse et l'allaitement ;

- lorsqu'on conduit ou que l'on va conduire un véhicule, ou une machine dangereuse ;

- quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance ;

- quand on prend certains médicaments.



Il y a la même quantité d'alcool dans un demi de bière, un ballon de vin, un verre de pastis, etc.



### Rituelles, sacrées ou festives, les consommations d'alcool remontent à l'Antiquité.

Pendant longtemps, l'alcool a également été utilisé comme remède : il servait par exemple d'anesthésique pour soulager les souffrances pendant les campagnes napoléoniennes.

C'est au XVIII<sup>e</sup> siècle que l'on commence à évoquer les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool. On parle d'"ivrognerie", puis d'"alcoolisme chronique", terme employé pour la première fois en 1849 par un clinicien suédois, Magnus Huss, dans un pays qui constituait un vaste champ d'étude, puisqu'à l'époque, les Suédois consommaient... six à sept fois plus d'alcool qu'aujourd'hui ! Après la Première guerre mondiale, on met en garde contre la consommation de boissons distillées (alcools forts),

mais on préconise, parfois dès le plus jeune âge, la consommation de vin... Une attitude dictée par l'ignorance réelle de l'époque sur les dangers d'une consommation excessive de vin, et qui, accessoirement, permettait de trouver des débouchés à la production massive des années 1920.

C'est après la Seconde guerre mondiale que le vin est pris en compte dans la politique de prévention. Des lois l'interdisent dans les cantines, prohibent la publicité et la vente d'alcool dans les stades, et instituent le principe des boissons pilotes (la limonade, le lait, etc.) proposées à bas prix dans les cafés. A la fin des années 1960, apparaissent les campagnes gouvernementales, mettant en avant les risques sanitaires et sociaux d'une consommation excessive d'alcool.



# ALCOOL

## LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

### CONSOMMATION DÉCLARÉE

ADULTES DE 18 À 75 ANS, EN 2002 [3]

Tous les jours :

**27%** des hommes

**11%** des femmes

>> Environ 19% des adultes de 18 à 75 ans (plus de 8 millions de personnes) déclarent consommer de l'alcool tous les jours. Les consommateurs quotidiens sont pour les trois quarts des hommes. La consommation quotidienne d'alcool est beaucoup plus élevée chez les 45-75 ans (32%) que chez les 26-44 ans (8%) ou les 18-25 ans (4%).

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES  
EN DIFFICULTÉ ACTUELLE OU PASSÉE  
AVEC L'ALCOOL [1] :

Consommateurs à risque de dépendance [1] :

**15%** des hommes

**4%** des femmes



## LA CONSOMMATION DES JEUNES (17/18 ANS) [2]

Disent avoir bu de l'alcool au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours (usage régulier) :

**21%** des garçons

**8%** des filles

Déclarent consommer de l'alcool tous les jours :

**2,1%** des garçons

**0,2%** des filles

>> À 17-18 ans,  
l'usage quotidien  
est rare

Disent avoir déjà été ivres au cours de leur vie :

**63%** des garçons

**49%** des filles

>> Les ivresses régulières  
(au moins 10 durant les  
12 derniers mois) sont  
essentiellement  
masculines : 11 % parmi les  
garçons contre 3 % parmi  
les filles.

## VENTES D'ALCOOL EN 2004 [25]

**13,1** litres

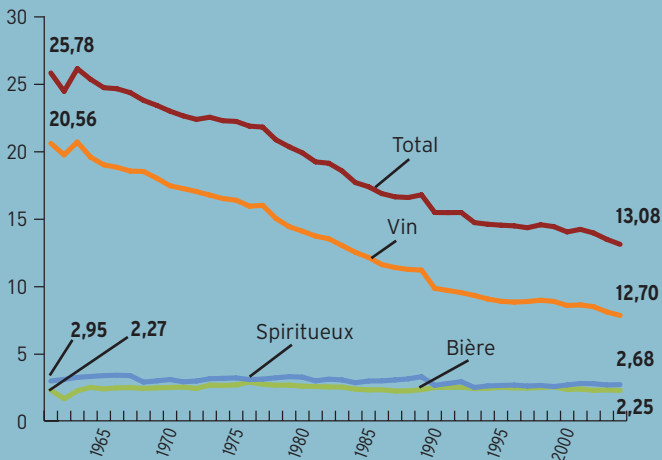
d'alcool pur par Français âgé  
de 15 ans et plus,  
soit l'équivalent de

**2,9** verres

par jour et par habitant

## VENTE D'ALCOOL EN LITRES D'ALCOOL PUR PAR HABITANT ÂGÉ DE 15 ANS ET PLUS

1961 - 2004



Sources : 1961-1989 : OMS ; 1990-1999 : IDA ; 2000-2004 : IDA et INSEE.

## SOINS

Environ

**100 000**

personnes en difficulté avec l'alcool sont venues consulter dans les Centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2003 [13].

Environ

**93 000**

hospitalisations avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement lié à la consommation d'alcool en 2002 [14].

Environ

**48 000**

patients vus en médecine de ville pour un sevrage en une semaine (chiffres 2003) [24].



100

## **MORTALITÉ ANNUELLE IMPUTABLE À L'ALCOOL [24]**

D'après les dernières estimations disponibles, l'alcool serait à l'origine d'environ 40 000 décès par an [27], dont environ la moitié liés au cancer des voies aérodigestives supérieures (également liés à la consommation de tabac), aux cirrhoses du foie et à la psychose et dépendance alcoolique.

L'alcool est directement à l'origine de morts violentes par accident de la route (environ 2 200 dans les années 2002/2003 [26]), par accidents domestiques et professionnels, suicides et homicides. La consommation chronique et excessive d'alcool accroît également le risque de décès pour plusieurs autres causes de décès (accidents vasculaires cérébraux, cancers du sein, certaines pathologies cardiaques).

Au total, ces 40 000 décès estimés représentaient 8% de l'ensemble des décès annuels à la fin des années 1990 avec une répartition très inégale entre hommes et femmes (14% chez les premiers contre un peu moins de 3% chez les femmes [27]). Cette différence de mortalité est largement liée au nombre beaucoup plus important de consommateurs en difficulté avec l'alcool parmi les hommes (15% des hommes âgés de 18 à 75 ans) que parmi les femmes (4% des femmes âgées de 18 à 75 ans) [1].

## CONDAMNATIONS (EN 2002) [6]

Pour conduite en état alcoolique :

104 610

Pour blessures involontaires par  
conducteur en état alcoolique :

3 736

Pour homicides involontaires par  
conducteur en état alcoolique :

421



102

### TENDANCE STATISTIQUE

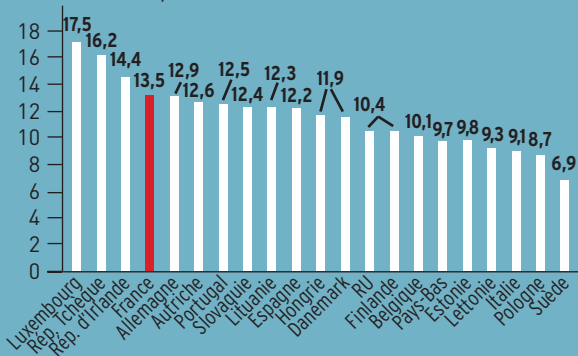


Amorcée au début des années 1960, la tendance à la diminution des quantités d'alcool consommées en moyenne par habitant, liée à la forte diminution de la consommation quotidienne de vin, s'est poursuivie jusqu'au début des années 2000. Cette baisse s'est accompagnée d'une baisse de la mortalité attribuable à la consommation d'alcool.

# ALCOOL

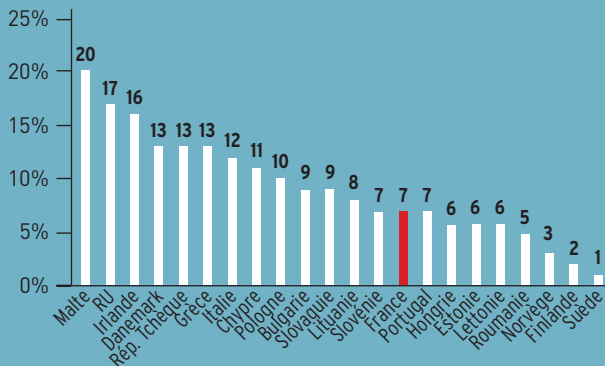
## LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE [18]

Litres d'alcool pur



Consommation d'alcool par an et par habitant âgé de 15 ans et plus dans les pays de l'Union européenne, en litre d'alcool pur (en 2003).

103



Pourcentage de jeunes ayant consommé des boissons alcoolisées 10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours parmi les scolarisés de 15/16 ans (en 2003) [6].



## QUE PRÉVOIT LA LOI ?

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

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

**>> La protection des mineurs :**

Quiconque fait boire un mineur jusqu'à l'ivresse commet un délit.

Il est interdit de vendre ou d'offrir à des mineurs de moins de 16 ans des boissons alcoolisées (dans les débits de boissons, les commerces et lieux publics).

**La loi du 10 janvier 1991** (dite 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 17 heures et 24 heures ;

**>>** 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 délivrée sur autorisation).

### **La publicité**

Les affichages publicitaires doivent se limiter à certaines indications et être accompagnés d'un message préventif à l'égard de l'abus d'alcool. Toute publicité à la télévision et au cinéma est interdite (loi du 10 janvier 1991).

## LA 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 taux légal d'alcoolémie maximale est fixé à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang** (contrôle par analyse de sang) et à 0,25 milligramme par litre d'air expiré (contrôle par éthylomètre). Ce taux légal d'alcoolémie maximale est fixé à 0,2 gramme d'alcool par litre de sang pour les conducteurs de véhicules de transport en commun.

>> **Au-delà du seuil légal, la gravité des sanctions varie selon le degré d'alcoolémie :**

- entre 0,5 et 0,8 gramme d'alcool par litre de sang, le conducteur risque une amende forfaitaire de 135 € et la perte de six points du permis de conduire.

- au-delà de 0,8 gramme d'alcool par litre de sang, la sanction maximale est portée à 4 500 € d'amende, deux ans de prison et un retrait de six points du permis de conduire. La condamnation peut être assortie d'une suspension ou d'une annulation du permis de conduire (obligatoire en cas de récidive), de mesures de soins ou d'un travail d'intérêt général.

>> **Si la conduite sous l'emprise de l'alcool est à l'origine d'un accident de la route**, l'amende est portée à 30 000 € en cas de blessures graves. Si la mort d'un autre usager de la route est provoquée, l'emprisonnement peut aller jusqu'à 10 ans et l'amende atteindre 150 000 €.

## ALCOOL ET MORTALITÉ SUR LES ROUTES

La mesure de l'alcoolémie étant systématique en cas d'accident mortel, l'étude SAM [26] (Stupéfiants et accidents mortels sur les routes) menée en France entre 2001 et 2003, a permis de confirmer le rôle majeur de l'alcool dans la mortalité routière. Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes :

>> Conduire sous l'emprise de l'alcool multiplie par 8,5 le risque d'être responsable d'un accident mortel.

>> La part d'accidents mortels attribuable à l'alcool est de l'ordre de 28,6 %, toutes concentrations confondues ; la part attribuable aux seules alcoolémies supérieures au seuil légal (> 0,5g/l) est d'environ 25 %.

>> Au total, sur une base de 6 000 décès sur la route par an, l'alcool serait responsable de la mort de 2 270 personnes.



LE

# TABAC

107

Le tabac, qu'est-ce que c'est ?  
Effets et dangers du tabac  
Tabac et dépendance  
Les chiffres d'une réalité  
Que prévoit la loi ?

**Brun ou blond, roulé, en cigare ou plus rarement en pipe, prisé, mâché, le tabac est en cause dans 66 000 décès par an en France.**

## **LE TABAC, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier. Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique.

Les tabacs en feuilles sont classés selon leur variété ou leur mode de séchage.

Les tabacs bruns sont séchés à l'air et au feu ; les tabacs blonds sont séchés à l'air chaud ; les tabacs clairs ("goût américain") sont séchés à l'air ou au soleil.

Le tabac est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, cigares, en vrac à rouler ou pour la pipe, à chiquer.

## **EFFETS ET DANGERS DU TABAC**

Le tabac contient de la nicotine, qui possède un effet "éveillant", anxiolytique et coupe-faim. Les produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, etc.) sont composés d'additifs (humectants, goût, saveur...). La combustion de ces produits crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons...) nocifs pour la santé.

**L'ensemble de ces composants agit en particulier sur :**

**>> la fonction cardiovasculaire :** le tabac augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et détériore les artères.

Les risques coronariens et les décès par infarctus du myocarde sont deux fois plus élevés chez les fumeurs. Ces risques vasculaires touchent aussi les artères du cerveau et des membres inférieurs.

**>> la fonction respiratoire :** les fumeurs s'exposent à des troubles au niveau de tout l'appareil respiratoire, notamment au risque de bronchite chronique et au risque de cancer du poumon ;



>> **la fonction digestive** : la nicotine augmente la sécrétion des acides gastriques et agit sur le système nerveux central.

Le tabac limite l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles. Il est responsable de maux de tête, de vertiges et d'une diminution de la résistance à l'exercice.

## TABAC ET DÉPENDANCE

**La dépendance au tabac est confirmée chez la plupart des fumeurs.**

Le fumeur régulier privé brutalement de sa consommation ressent une sensation de manque. Il est tendu, nerveux, irritable, angoissé, voire déprimé. Il peut trembler et avoir des sueurs ; il lui est difficile de réprimer l'envie de reprendre une cigarette.

Sur l'ensemble des cancers,

**1 sur 4**

est associé au tabac. Le tabac est en cause dans la grande majorité des cancers des bronches, des poumons, des cavités buccales, de l'œsophage. Il augmente fortement le risque d'autres cancers tels que le cancer de la vessie, du pancréas, etc.

## Tabac et grossesse

Le tabagisme chez la femme enceinte est un facteur de risque avéré de retard de croissance intra-utérine : le poids de naissance du bébé diminue de 150 à 250 g en moyenne. Le tabagisme chez la femme enceinte accroît également les risques de grossesse extra-utérine, et de prématurité. En ce qui concerne le syndrome de la mort subite du nour-

risson, une association significative avec le tabagisme maternel pendant et après la grossesse (tabagisme passif autour du bébé) a été retrouvée dans de nombreuses études : le risque de mort subite est augmenté de deux à trois fois, selon la fréquence de la consommation. Enfin, dans la petite enfance, une consommation plus

importante de soins pour survenue de troubles respiratoires (bronchites, etc.) a été observée chez les bébés nés de mères fumeuses, ou soumis au tabagisme passif. Dans tous les cas, les risques augmentent avec le nombre de cigarettes consommées, et la durée du tabagisme pendant la grossesse.



En 1560, le tabac arrive en France dans les poches d'un moine qui le rapporte du Brésil, mais aussi par le biais d'un diplomate en poste à Lisbonne : Jean Nicot. Le tabac (appelé "nicotiane" en l'honneur de son découvreur) est utilisé à la cour pour guérir toutes sortes de maux. Rapidement, on s'élève contre son usage : en

Angleterre, dans les pays musulmans, en Russie, où l'on risquait alors la peine de mort pour ce "vice" nouveau. En France, taxé par Richelieu, le tabac devient une source de revenu et, en 1674, Colbert instaure le monopole des ventes. Prisé ou chiqué, sa consommation se répand dans les milieux populaires comme chez

les bourgeois. C'est en 1825 que la cigarette arrive en France. Son succès est immense et sa production s'industrialise. Mais on s'inquiète en parallèle des conséquences néfastes : en 1868 apparaît l'Association française contre l'abus du tabac. Elle aura notamment pour membre Louis Pasteur.

Il est possible de s'arrêter de fumer sans aide particulière, ni médicament ou substitut. Cependant, on peut trouver auprès d'un médecin de ville ou d'une consultation spécialisée en milieu hospitalier des conseils et des aides pour cesser de fumer.

**Les nombreuses méthodes d'aide au sevrage peuvent être utilisées éventuellement sous contrôle médical :**

- >> substitutions nicotiques (patches, gommes à mâcher, vendus en pharmacie) permettant un sevrage progressif de la nicotine et réduisant les effets du manque ;
- >> traitement médicamenteux (bupropion, par ex.) ;
- >> aide psychologique individuelle ou collective, rencontres avec d'anciens fumeurs, relaxation et techniques respiratoires, diététiques, etc. peuvent être préconisées.





# TABAC

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

## CONSOMMATION DÉCLARÉE

ADULTES DE 18 À 75 ANS, EN 2005 [33]

Fument :

**33%** des hommes  
**27%** des femmes

Fument plus de dix  
cigarettes par jour :

**18%** des hommes  
**12%** des femmes

JEUNES DE 17-18 ANS, EN 2003 [2]

Se déclarent fumeurs :

**47%** des garçons  
**48%** des filles

Fument au moins une  
cigarette par jour :

**40%** des garçons  
**40%** des filles

Fument plus de 10 cigarettes  
par jour :

**14%** des garçons  
**13%** des filles

**13,5 ans** c'est l'âge moyen de la 1<sup>ère</sup> cigarette



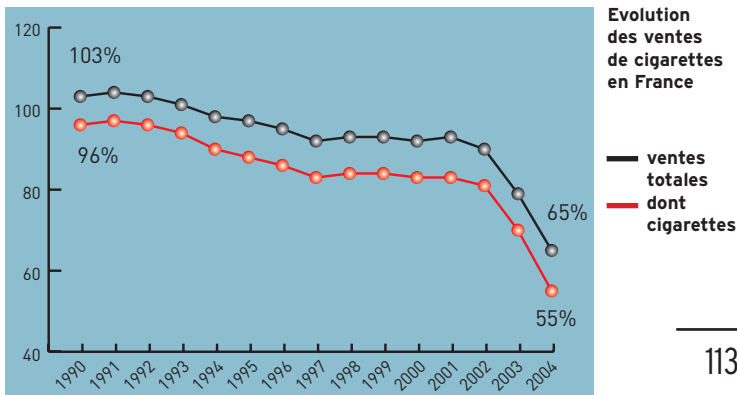
## VENTE DE CIGARETTES (EN 2004) [20]

21 %  
de moins  
qu'en 2003



# 55 milliards

de cigarettes vendues



La chute des ventes de cigarettes observée depuis 2001 n'est en rien compensée par les achats transfrontaliers même si ceux-ci ont augmenté.

## SOINS (EN 2003) [24]

# 55 000

nouveaux patients accueillis  
dans les consultations de  
tabacologie.

# 84 000

patients souhaitant s'arrêter  
de fumer vus en médecine  
de ville par semaine.



## VENTES DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES [20]

Environ

# 2 millions

de fumeurs traités sous substituts nicotiniques, dont 1,3 million sous timbres transdermiques, en 2004.

## MORTALITÉ ANNUELLE DIRECTEMENT IMPUTABLE AU TABAGISME (EN 2000) [19]

60 600 décès dont  
90% d'hommes.

>> La mortalité liée au tabac, essentiellement masculine, s'explique par la prépondérance d'hommes fumeurs au cours de ces 40 dernières années. Elle a toutefois commencé à régresser au milieu des années 1990.

En parallèle chez les femmes, le poids du tabagisme sur la mortalité connaît une crois-

sance continue depuis 1980 (en lien avec le développement du tabagisme féminin).

L'incidence des cancers du poumon a au moins doublé entre 1980 et 2000 (de 3,7 pour 100 000 femmes en 1980 à 8,6 pour 100 000 en 2000) [30] et devrait continuer à augmenter selon des données projectives [31].

## ADULTES 35-69 ANS

33% des décès prématurés  
chez les hommes.

9% des décès prématurés  
chez les femmes.

>> Première cause de décès prématurés.

## TENDANCE STATISTIQUE

Les quantités de tabac consommées par les Français ont augmenté jusque dans les années 1980, pour baisser ensuite de façon notable, parallèlement à l'augmentation du prix de vente de ces produits.

La proportion de fumeurs est en diminution depuis de nombreuses années alors que la proportion de fumeuses, beaucoup plus faible il y a vingt ou trente ans, a beaucoup augmenté depuis et se stabilise depuis le début des années 2000.

Une baisse récente est constatée chez les jeunes malgré les stratégies marketing destinées à les séduire (paquets "fun").

Fumeurs



Fumeuses



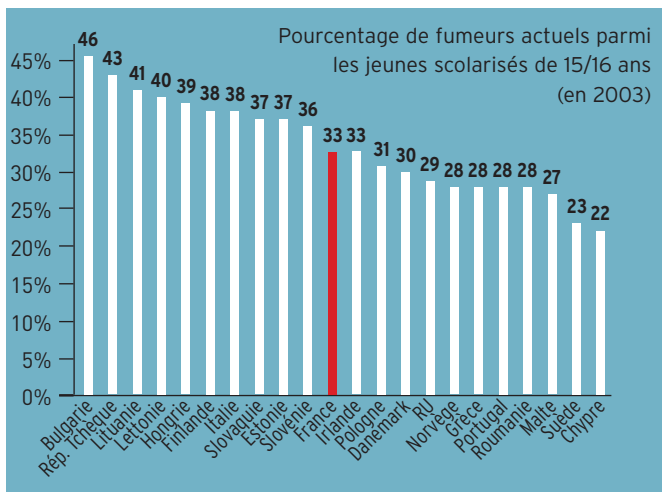
Jeunes



# TABAC

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ EUROPÉENNE [6]

115



## QUE PRÉVOIT **LA LOI ?**

### **LOI EVIN ET LIEUX COLLECTIFS**

La loi du 10 janvier 1991 sur la lutte contre le tabagisme, dite loi Evin, interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, comme les entreprises, les bars et restaurants, les établissements scolaires, les transports collectifs. Toutefois, la loi prévoit la possibilité d'établir dans ces lieux des espaces réservés aux fumeurs, qui doivent :

- >> répondre à des normes de ventilation,
- >> être signalés de manière apparente.

En cas de non-respect de la loi,

- >> le fumeur s'expose à une amende pouvant s'élever jusqu'à 450 € (contravention de 3<sup>e</sup> classe),
- >> les propriétaires ou gérants d'établissements (bars, restaurants, entreprises, etc.) qui ont fait le choix d'offrir un emplacement fumeurs à leurs clients et n'ont pas respecté les normes prévues par la loi risquent une amende pouvant s'élever jusqu'à 1 500 € (contravention de 5<sup>e</sup> classe).

Concernant les trains, les TGV sont devenus totalement non fumeurs depuis le 12 décembre 2004. Une mesure qui s'est étendue à l'ensemble des trains de la SNCF depuis la fin de l'année 2005.

À la fin de l'année 2005, une réflexion a été entamée autour de la possibilité d'interdire le tabac dans tous les lieux publics.

---

Si depuis 1995 la production, l'importation et la distribution du tabac ne sont plus le monopole de la SEITA (Société d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes), devenue ALTADIS (totalement privatisée et fruit de la fusion avec une société espagnole), la vente du tabac au détail reste un monopole d'État par l'intermédiaire des débitants de tabac.

---

## LA RÉGLEMENTATION DE LA VENTE ET DE LA DISTRIBUTION

### La loi prévoit :

- >> l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (loi du 31 juillet 2003) ;
- >> l'interdiction de la vente de paquets de moins de 20 cigarettes (loi du 26 juillet 2005) ;
- >> la fixation des teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes ;
- >> l'obligation de faire figurer sur les paquets de cigarettes la teneur moyenne en goudron, en nicotine, et en monoxyde de carbone ainsi que l'un des deux avertissements généraux suivants : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Un avertissement spécifique (extrait d'une liste de 14 avertissements établis par arrêté) est apposé sur l'autre côté du paquet, tel que « Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité » ou « Fumer provoque un vieillissement de la peau »...

Le numéro de téléphone de Tabac Info Service : 0825 309 310 est également inscrit sur les paquets.

Ces mesures s'inscrivent dans l'application des directives européennes.

### La loi interdit par ailleurs :

- >> toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ;
- >> toute distribution gratuite ;
- >> toute opération de parrainage lorsqu'elle a pour objet la publicité en faveur du tabac.

## Les conventions internationales

Dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé, une convention-cadre pour la lutte antitabac a été adoptée par la 56<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé, signée le 16 juin 2003 par la France, puis ratifiée le 19 octobre 2004.

Ce traité, premier accord international juridiquement contraignant sous l'égide de l'OMS, donne un cadre international à la lutte contre le tabac. Il prévoit des dispositions sur la publicité, les parrainages, les taxes, l'augmentation des prix, l'étiquetage, le commerce illicite et le tabagisme passif. Ce texte est entré en vigueur le 27 février 2005.



# LES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS

119

Un médicament psychoactif,  
qu'est-ce que c'est ?  
Effets et dangers des médicaments  
psychoactifs  
Médicaments psychoactifs et  
toxicomanie  
Les chiffres d'une réalité  
Que prévoit la loi ?



**Du bon et du mauvais usage de ces médicaments qui sont là pour soigner et qu'il ne faut surtout pas prendre à la légère.**

## **UN MÉDICAMENT PSYCHOACTIF, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

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

Un médicament psychoactif est prescrit par un médecin. Après examen, celui-ci établit un diagnostic et, s'il l'estime nécessaire, 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. On peut citer les personnes âgées confrontées à la solitude, les personnes soumises à une surcharge de responsabilités, celles exposées au stress ou à un événement éprouvant.

Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de prescription de médicaments psychotropes. Ces troubles peuvent être transitoires, occasionnels ou devenir chroniques. Dans tous les cas, les prescriptions ont une durée limitée (à un mois) : tout renouvellement donne lieu à une nouvelle consultation.

## **EFFETS ET DANGERS DES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS**

Les effets des médicaments psychoactifs diffèrent selon leur composition chimique, les doses administrées et la sensibilité individuelle du patient.

Associer les médicaments à d'autres substances psychoactives comporte des dangers, d'autant que certaines interactions sont méconnues médicalement. Le mélange avec l'alcool, par exemple, potentialise ou parfois annule les effets des substances absorbées.



Les effets d'un médicament psychoactif diffèrent selon la catégorie à laquelle il appartient ;

- >> tranquillisants ou anxiolytiques ;
- >> somnifères ou hypnotiques ;
- >> neuroleptiques ou antipsychotiques ;
- >> antidépresseurs.



## LES TRANQUILLISANTS OU ANXIOLYTIQUES

Ils diminuent l'anxiété et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Ils ne sont pas indiqués pour une maladie précise mais pour répondre à un état d'anxiété. 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, connues pour le risque de dépendance qu'elles entraînent.

Les tranquillisants sont parfois utilisés de façon toxicomaniaque, à doses massives ou en association à d'autres produits.

## LES SOMNIFÈRES OU HYPNOTIQUES

Ils 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.

## LES NEUROLEPTIQUES

Ils relèvent de prescriptions psychiatriques, notamment pour le traitement des psychoses (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 souvent longues, 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 neuroleptiques ne sont pas utilisés à des fins toxicomaniaques.

## LES ANTIDÉPRESSEURS

Ils sont prescrits dans le traitement de la dépression dont les symptômes sont notamment : la tristesse, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir à vivre, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires (perte de l'appétit ou plus rarement boulimie), sensation de fatigue ou perte d'énergie inexplicables, sentiment

Les antidépresseurs  
n'entraînent pas de  
réelle dépendance  
physique.

de dévalorisation ou de culpabilité excessive, diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer.

Les antidépresseurs peuvent entraîner des effets indésirables : perte de vigilance, somnolence ou excitation.

Ces médicaments doivent être réservés aux dépressions diagnostiquées par le médecin et ne peuvent être prescrits pour des difficultés passagères.

Ils n'entraînent pas de réelle dépendance physique.

Cependant, la diminution de la posologie doit être progressive pour éviter des symptômes comme des nausées ou des sensations vertigineuses en cas d'arrêt brutal.



## MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS ET TOXICOMANIE

On distingue trois types de toxicomanies médicamenteuses.

### >> 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 s'installe.

En effet, la personne cherche toujours le produit qui le 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 se complique 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 de la dépendance physique, psychique, de la crainte du symptôme et du désir de médicament.

### **>> Une surconsommation médicamenteuse volontaire**

Elle concerne les médicaments psychotropes, notamment les opiacés, les barbituriques, les benzodiazépines, mais aussi d'autres médicaments non psychotropes, les associations de différents médicaments n'étant pas rares : la vie de l'usager 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".

### **Quelques conseils**

>> 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 systématique-

ment 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 toxicomanes à l'héroïne ou à la cocaïne

Les médicaments psychoactifs (par exemple : héroïne+benzodiazépines) viennent apporter des sensations nouvelles ou moduler les effets sédatifs ou excitants des substances psychoactives consommées par ailleurs. L'association avec l'alcool est fréquente dans le cadre de ces polytoxicomanies

## LES BENZODIAZÉPINES

Anxiolytiques ou hypnotiques, elles sont prescrites pour apaiser les manifestations de l'angoisse ou de l'anxiété, pour leurs qualités sédatives et pour faciliter la relaxation musculaire.



126

Elles peuvent entraîner : perte de mémoire des faits récents, baisse de la vigilance, somnolence, diminution des réflexes. Ces troubles rendent dangereuse la conduite d'un véhicule ou l'utilisation d'une machine.

Certaines benzodiazépines ont des effets désinhibants pouvant mener à des actes incontrôlés. La prise d'alcool au cours d'un traitement est nocive, celui-ci augmentant l'effet sédatif des produits.

L'association des benzodiazépines à des médicaments de substitution de l'héroïne à base de buprénorphine (Subutex®) ou de méthadone expose au ris-

que de dépression respiratoire pouvant provoquer la mort.

Les benzodiazépines entraînent une dépendance physique et psychique, favorisée par la durée du traitement, la dose administrée, les antécédents d'autres dépendances et l'association à l'alcool. La dépendance physique et psychique se traduit, à l'arrêt brutal du traitement, par un phénomène de sevrage dont les principaux symptômes de manque sont l'insomnie, les douleurs musculaires, l'anxiété, l'irritabilité et l'agitation.

L'arrêt progressif permet d'éviter ces troubles.

# MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

LES CHIFFRES D'UNE RÉALITÉ FRANÇAISE

## CONSOMMATION DÉCLARÉE

ADULTES DE 18 À 75 ANS, EN 2000 [12]

Au cours de l'année :

**12%** des hommes  
**20%** des femmes

ont consommé au moins un  
anxiolytique ou un hypnotique.

**6%** des hommes  
**12%** des femmes

ont consommé un  
antidépresseur.

Au cours de la semaine précédant l'enquête :

**6%** des hommes  
**12%** des femmes

ont consommé un  
anxiolytique ou un hypnotique.

>> Dans les trois quarts des cas, le médicament a été prescrit à l'utilisateur par un médecin pour le problème actuel ; dans 12 % des cas, il provient d'une ancienne prescription pour lui-même.

JEUNES 17-18 ANS, EN 2003 [2]

Ont consommé un  
psychotrope au cours  
de l'année :

**11%** des garçons  
**31%** des filles

Ont consommé un psy-  
chotrope au cours des  
30 derniers jours :

**6%** des garçons  
**18%** des filles

>> Le médicament n'a été prescrit à l'utilisateur que dans la moitié des cas.



## SOINS

PARMI LES PERSONNES PRISES EN CHARGE  
DANS LES CENTRE DE SOINS SPÉCIALISÉS  
POUR TOXICOMANES (CSST) EN 2002 [3]

---

Les médicaments psychotropes sont  
à l'origine de

**3,3 %**

des nouvelles demandes de soins.

PARMI LES PERSONNES PRISES  
EN CHARGE PAR LES STRUCTURES  
SOCIO-SANITAIRES EN 2003 [6]

---

**4 %**

déclarent être devenus  
dépendants pour la  
première fois avec les  
benzodiazépines  
(tranquillisants ou  
hypnotiques).

## TENDANCE STATISTIQUE

Sur les dix dernières années, les indicateurs de consommation (ventes et consommation) sont stables pour les anxiolytiques et les hypnotiques. Ils augmentent pour les antidépresseurs. La consommation de psychotropes semble être en augmentation chez les jeunes.

 Anxiolytiques

 Hypnotiques

 Antidépresseurs



## QUE PRÉVOIT LA LOI ?

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

Plusieurs années s'écoulent 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.

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

- >> quatre semaines pour les somnifères ;
- >> douze semaines pour les tranquillisants.

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

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



**Les principaux produits**

130



# LE DOPAGE ET LES CONDUITES DOPANTES

131

Une conduite dopante, qu'est-  
ce que c'est ?  
Quelques chiffres  
Que prévoit la loi ?

**Toujours  
plus haut,  
toujours plus  
vite, toujours  
plus fort !  
Et après ?**

## **QU'EST-CE QU'UNE CONDUITE DOPANTE ?**

Il est question de conduites dopantes lorsqu'une personne consomme une substance chimique ou un médicament pour affronter un obstacle, réel ou ressenti, ou/et pour améliorer ses performances, qu'elles soient physiques, intellectuelles, artistiques... Il n'existe pas une, mais une multitude de conduites dopantes : rien de comparable en effet entre l'étudiant qui consomme des compléments de vitamines de façon très ponctuelle en période d'examen et celui qui consomme régulièrement ou à forte dose des anabolisants pour développer sa musculature ou améliorer ses performances physiques, ou des gluco-corticostéroïdes pour repousser les limites de la fatigue.

Dès lors que ces consommations concernent un individu préparant ou participant à une compétition sportive et que le produit utilisé appartient à la liste des substances ou procédés interdits définis par la loi, on parlera alors de dopage sportif.

**De nombreux facteurs interviennent dans les motivations des usagers et prédisposent à une conduite dopante et/ou au dopage sportif :**

>> **garçon ou fille** : 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 ;





- >> **l'âge** : le nombre d'utilisateurs augmente au cours de l'adolescence ;
- >> **les pairs/le milieu familial** : le comportement des aînés vis-à-vis des substances psychoactives est important ;
- >> **l'obligation de résultats** ;
- >> **la pression ou le désintérêt de l'entourage** vis-à-vis des résultats ;
- >> **l'isolement social** : l'éloignement du domicile, des lieux d'études, de travail ou d'entraînement sportif ;
- >> **le système de carrière** dans le milieu sportif et la recherche de célébrité ;
- >> **les amis, les collègues de travail** : le besoin de s'intégrer.

Seuls les produits agissant sur le système de "récompense" du cerveau et utilisés pour se doper sont traités ici :

- > les stimulants ;
- > les narcotiques ;
- > les agents anabolisants ;
- > les gluco-corticostéroïdes ;
- > les bêtabloquants.



## LES STIMULANTS

Les amphétamines, la cocaïne, l'éphédrine et les produits dérivés sont les plus utilisés. Les stimulants sont consommés pour accroître la concentration et l'attention, réduire la sensation de fatigue. Ils augmentent l'agressivité et font perdre du poids. Ces produits interviennent sur le système cardiovasculaire et neurologique. Leur consommation peut entraîner des troubles psychiques.

Le dépassement du seuil physiologique de la fatigue entraîné par l'usage de ces substances peut provoquer des états de faiblesse pouvant aller jusqu'à l'épuisement, voire jusqu'à la mort.

## LES AGENTS

## ANABOLISANTS

Pour la plupart, ils sont dérivés de la testostérone, l'hormone sexuelle mâle.

---

### Sport et cannabis

Le cannabis appartient à la liste des produits dopants interdits aux sportifs depuis le 28 avril 1988 en raison de ses effets sur le stress, la douleur et les perceptions, susceptibles

d'améliorer les performances. Des traces de THC peuvent être retrouvées dans les urines plusieurs jours après la consommation. Le code mondial antidopage prévoit

que la première sanction imposée en cas d'utilisation de substances dopantes (deux ans de suspension), peut être allégée pour le cannabis (jusqu'à un an de suspension).

---

Ces produits (nandrolone, stanozolol, THG, etc.) développent les tissus de l'organisme : les muscles, le sang... Ils permettent d'augmenter la force, la puissance, l'endurance, l'agressivité, la vitesse de récupération après une blessure. Certains agents anabolisants diminuent les douleurs, en particulier articulaires. Selon la dose consommée, ces produits provoquent notamment des tendinites, de l'acné majeure, des maux de tête, des saignements de nez, des déchirures musculaires, des troubles du foie pouvant évoluer vers des cancers et des troubles cardiovasculaires pouvant entraîner le décès.

Les agents anabolisants peuvent entraîner une dépendance physique.

Les agents anabolisants peuvent entraîner une dépendance physique.

## LES GLUCO-CORTICOSTÉROÏDES

Ces substances antifatigue ont une action psychostimulante et anti-inflammatoire. Elles augmentent la tolérance à la douleur et permettent de poursuivre un effort qui serait insupportable dans des conditions normales.

Leur consommation entraîne en particulier une fragilité des tendons, des déchirures musculaires, des infections, etc. Les symptômes vont de la simple fatigue chronique avec une chute des performances à une défaillance cardiovasculaire pouvant conduire au décès.

Les gluco-corticostéroïdes peuvent entraîner une dépendance physique.

Les gluco-corticostéroïdes peuvent entraîner une dépendance physique.



## Les produits dopants sont achetés :

- >> dans le circuit pharmaceutique légal (médicaments détournés de leur usage, souvent prescrits sur ordonnance médicale) ;
  - >> via Internet ;
  - >> sur le marché clandestin,
- fournis le plus souvent par l'entourage des usagers (produits de laboratoires clandestins ou importations frauduleuses, leur nature exacte est invérifiable et leur qualité sujette à caution) ;
- >> à l'étranger.

## LES NARCOTIQUES

Ces substances assoupissent et engourdissent la sensibilité.

Ils sont utilisés pour supprimer ou atténuer la sensibilité à la douleur, et provoquer une impression de bien-être. Ils entraînent des effets nocifs : risques de dépression respiratoire, d'accoutumance et de dépendance physique, diminution de la concentration et de la capacité de coordination.

## LES BÉTABLOQUANTS

Ces médicaments régulent et ralentissent le rythme de la fréquence cardiaque. Ils permettent une diminution des tremblements et ont également un effet antistress.

Parmi leurs effets nocifs, on note une impression de fatigue permanente, des chutes de tension artérielle, des crampes musculaires, un risque de dépression psychique et une impuissance sexuelle en cas d'utilisation habituelle et répétée.



# CONDUITES **DOPANTES**

QUELQUES CHIFFRES

## CONSOMMATION DÉCLARÉE PAR LES JEUNES EN 2002 [16]

PRODUITS POUR AMÉLIORER LES  
PERFORMANCES PHYSIQUES OU SPORTIVES

---

Au moins une fois dans la vie chez les  
jeunes de 18 ans :

**7,6%** des garçons  
**3,6%** des filles

Parmi ces jeunes de 18 ans déclarant avoir  
consommé des produits pour améliorer les  
performances physiques ou sportives,  
catégories de produits les plus cités :

Par les garçons :

**32%** stimulants (amphétami-  
nes, cocaïne, caféine à  
haut dosage, etc.)

**9%** corticoïdes

**8%** anabolisants

Par les filles :

**32%** stimulants

**13%** corticoïdes

**2%** anabolisants

## LE RECOURS AU DOPAGE PAR LES SPORTIFS

CONTRÔLES ANTIDOPAGE RÉALISÉS DANS LE  
CADRE DE LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE,  
CHIFFRES 2004 [17]

---

**8 945** prélèvements réalisés

| **4,3%** sont positifs\*

| **6,5%** des contrôles déclarés positifs sont des "constats de carence" (le sportif ne se soumet pas au contrôle)

| **58%** des contrôles sont inopinés

**Classes de substances interdites les plus souvent détectées**

| **45,6%** corticoïdes

| **28,9%** Narcotiques (cannabinoïdes, héroïne, morphine, méthadone, buprénorphine, etc.)

| **7,5%** Stimulants

| **7%** Agents anabolisants

\* Présence de substances dopantes interdites ou soumises à restriction mais exclusion de toute substance à seuil dont le taux ne permet pas de déclencher une procédure disciplinaire.





## QUE PRÉVOIT **LA LOI** ?

### **La lutte contre le dopage est codifiée dans le code de la santé publique**

Les sportifs sont passibles de sanctions administratives (deux ans de suspension de sa fédération sportive jusqu'à la radiation à vie, en cas de récidive) s'ils sont convaincus de dopage (contrôle antidopage positif). Ces sanctions peuvent être étendues à d'autres fédérations que celle à laquelle le sportif est affilié.

>>>

140

### **Les contrôles antidopage**

En France, les résultats des contrôles antidopage montrent que le pourcentage de prélèvements positifs a augmenté entre 1999 et 2004 passant de 3,6% à 4,3% (avec un pic à 6,3% en 2003).

Les principaux produits retrouvés sont\* :

les corticoïdes 45,6 %

le cannabis 28,1 %

le salbutamol 20,4 %

les stimulants 7,5 %

les stéroïdes anabolisants 7 %

\* données 2004

## La liste des substances et procédés interdits

Cette liste est régulièrement remise à jour afin de se mettre en conformité avec les réglementations internationales.

**Pour se procurer les listes officielles, vous pouvez contacter :**

- >> votre fédération sportive ;
  - >> le ministère de la Jeunesse, des sports et de la vie associative ;
  - >> le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD) ;
  - >> le Comité national olympique et sportif français.
- 

>>>

Sont punis de sanctions pénales et considérés comme des délits :

- >> le fait de s'opposer aux opérations de contrôle et de constat des infractions à la loi antidopage (six mois d'emprisonnement et 7 500 € d'amende) ;
- >> le fait de prescrire, de céder, d'offrir, d'administrer ou d'appliquer à un sportif une substance ou un procédé interdit. Le fait de faciliter l'utilisation de produits dopants ou d'inciter le sportif à leur usage (cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende). Dès lors que ces délits sont commis en bande organisée les peines prévues ci-dessus sont portées à sept ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende.



**Agir, réagir, aider, être aidé**

AGIR, RÉAGIR

AIDER

ÊTRE AIDÉ

143

Adolescence : entre quête d'autonomie  
et besoin des parents

Ne pas préjuger d'une consommation

L'importance du dialogue en cas  
de consommation

L'importance du dialogue en  
matière de prévention

Exercer son autorité parentale pour  
établir des repères

Adresses et téléphones utiles



L'usage, l'usage nocif et la dépendance concernent bien plus les adultes que les adolescents ou les jeunes. Mais la plupart des consommations problématiques commencent avant vingt ans. C'est pourquoi ce chapitre consacre une place importante à l'adolescence et à la façon dont les parents peuvent encadrer et soutenir leur enfant en quête d'autonomie.



### **>> ADOLESCENCE : ENTRE QUÊTE D'AUTONOMIE ET BESOIN DES PARENTS**

L'adolescence est la période la plus propice aux premières expériences, motivées par la curiosité ou la recherche de sensations nouvelles : premières amours, première cigarette, premières soirées... À cet âge, l'expérimentation est aussi une façon d'entrer dans un groupe ou de conforter son appartenance au groupe.

Ces essais passent par des excès. Qu'elles soient "bruyantes" (attitudes provocatrices) ou "silencieuses" (repli sur soi), ces manifestations ne signifient pas a priori que l'adolescent est en difficulté.

Cette période de recherche et d'hésitation est souvent compliquée à vivre pour l'adolescent et son entourage. La discussion est d'autant plus difficile qu'à cet âge, l'adolescent peut ressentir l'aide des parents comme un obstacle à son indépendance ; mais dans le même temps, il a besoin de se sentir encadré par eux. Il s'agit donc pour les parents de naviguer entre cette quête d'autonomie et ce besoin important de soutien familial.

---

**Chercher conseil et assistance n'est pas une marque de faiblesse.**

---

## **>> NE PAS PRÉJUGER D'UNE CONSOMMATION**

Toute consommation, même au stade de l'expérimentation et surtout lorsqu'il s'agit de produits illicites, peut être considérée comme problématique. Mais tout comme un verre de vin ou une cigarette ne rend pas alcoolo-dépendant ou tabaco-dépendant, un adolescent qui fait une fois l'expérimentation du cannabis n'est pas un toxicomane.

L'expérimentation, dans un contexte particulier, n'a pas forcément un caractère durable et rien ne sert de dramatiser un essai ou une erreur.

En outre, cette consommation, le plus souvent, ne l'entraînera pas vers "l'escalade", vers des produits plus dangereux.

Les proches peuvent aider à prendre conscience des risques, en donnant des informations claires et précises. Les consommations excessives font partie le plus souvent d'un ensemble de comportements à risques ou de symptômes qui sont l'expression d'un malaise passager, ou bien de difficultés plus profondes. Dans ce cas, il est parfois nécessaire d'être conseillé par un professionnel de santé.

## **>> L'IMPORTANCE DU DIALOGUE EN CAS DE CONSOMMATION**

Quels que soient le produit et le stade de sa consommation, il est très important de maintenir le dialogue avec l'adolescent. Il doit se sentir soutenu et écouté. S'il consomme des produits illicites ou fait un usage abusif d'alcool, par exemple, on peut tenter de repérer avec lui les difficultés, personnelles, au sein de la famille et

Un adolescent qui fume occasionnellement du cannabis n'est pas un toxicomane.

**Le dialogue  
parents/  
adolescents  
tient une place  
importante dans  
le comportement  
tabagique des  
jeunes.**

>>>

dans son entourage, qui l'ont amené à ce comportement.

Dans ces discussions, il est important de valoriser son enfant, de l'encourager et de favoriser ses contacts avec l'extérieur.

Mieux vaut éviter de centrer toute la discussion sur les risques qu'il encourt pour sa santé : à cet âge, un discours trop alarmiste n'a que peu d'effet. Mieux vaut lui expliquer que l'adolescence est un moment important de construction de sa personnalité et que la consommation de drogues peut représenter un réel risque d'échec, scolaire ou social.

Selon le degré de dépendance de l'adolescent au produit consommé, il sera plus ou moins possible de l'aider à stopper sa consommation. En cas de forte dépendance ou de difficultés psychologiques persistantes, il ne faut pas hésiter à demander une aide extérieure pour être éventuellement guidé vers des centres spécialisés (voir pages suivantes les lignes téléphoniques et les centres de soins spécialisés).

**>>L'IMPORTANCE DU DIALOGUE  
EN MATIÈRE DE PRÉVENTION**

Retarder le plus possible l'expérimentation du tabac et de l'alcool peut atténuer le risque d'un comportement d'usage nocif ou d'une dépendance ultérieure.

Les discussions peuvent commencer très tôt avec les enfants, dès la pré-adolescence. Très tôt, ils entendent parler des drogues ou voient autour d'eux des consommateurs : on peut dès cet âge leur expliquer ce qu'est la dépendance et leur dire que la consommation de certains de ces produits est punie par la loi. Important également : les aider à exprimer leur propre jugement, ce qui, si l'occasion se présente, les aidera plus tard à prendre leurs distances face à la pression du groupe.



## Quelles questions se poser face à l'usage d'une substance psychoactive ?

> Quel(s) est (sont) le(s) produit(s) consommé(s) ?

> La consommation est-elle rare, fréquente ou régulière ?

> Quelle est la quantité consommée ?

> Quelles sont les circonstances de consommation (isolée ou en groupe) ?

> Y a-t-il des conséquences nocives ou des dommages ?

> Quelle importance le consommateur reconnaît-il à cet usage ? Pour s'amuser de temps en temps ? Pour faire comme les autres ? Parce qu'il l'estime indispensable à son bien-être ?

S'interroger, parler en toute confiance d'une consommation, quelle qu'elle soit, est nécessaire.

La plupart des consommations resteront sans conséquences graves si le dialogue est instauré. Malgré tout, dans certaines situations, il y a lieu de se faire aider.

L'accepter, c'est souvent trouver des solutions à des situations jugées insupportables.

---

## >> EXERCER SON AUTORITÉ PARENTALE POUR ÉTABLIR DES REPÈRES

Refuser ou fuir les conflits ne résout pas les problèmes. Dire non à un jeune enfant qui s'apprête à faire quelque chose de dangereux ou d'interdit, dire non à un adolescent sans avoir peur d'exercer son autorité sont des attitudes éducatives tout aussi essentielles pour lui que celles qui consistent à l'ouvrir à des connaissances nouvelles.

Il est donc important de poser des limites à l'adolescent, selon vos propres méthodes d'éducation : ce peut être par exemple d'interdire de fumer à la maison.

Des études confirment la place éducative de l'interdit dans les comportements de consommation des plus jeunes. Inciter l'adolescent à retarder le plus possible l'expérimentation du tabac et de l'alcool peut atténuer le risque d'un comportement d'usage nocif ou d'une dépendance ultérieure.

# LES LIGNES TÉLÉPHONIQUES **POUR ÊTRE**

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

> 7j/7 APPEL GRATUIT

**DROGUES INFO SERVICE**

**0 800 23 13 13**

Appel gratuit depuis un poste fixe.

A partir d'un portable : **01 70 23 13 13** au prix d'une communication ordinaire.

**ÉCOUTE CANNABIS**  
**0 811 91 20 20**

> 8h - 20h COÛT D'UN APPEL LOCAL

**ÉCOUTE CANNABIS**

**0 811 91 20 20**

Coût d'une communication locale depuis un poste fixe - 7j/7 de 8h à 20h.

**ÉCOUTE ALCOOL**  
**0 811 91 30 30**

> 14h - 2h COÛT D'UN APPEL LOCAL

**ÉCOUTE ALCOOL**

**0 811 91 30 30**

Coût d'une communication locale depuis un poste fixe - 7j/7 de 14h à 2h.

>> Ces trois lignes sont gérées par le service national d'accueil téléphonique Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS) qui apporte des informations et une aide pour faire face aux difficultés

liées à la consommation de toute substances psychoactives et propose 7 jours/7, de façon confidentielle et anonyme :

> une aide et un soutien adaptés aux besoins de chacun,

> des informations précises sur les effets, les risques, la loi, les lieux d'accueil,  
> des conseils de prévention,  
> une orientation vers des professionnels compétents.



# AIDÉ

## TABAC INFO SERVICE

0 825 309 310

Du lundi au samedi de 8h à 20h - 0,15 €/min

Un seul numéro pour les fumeurs et les professionnels de la santé.

>> Cette ligne téléphonique propose un accompagnement personnalisé aux fumeurs souhaitant arrêter leur consommation : au cours d'un entretien téléphonique, des tabacologues diplômés font le point avec leur interlocuteur sur sa dépendance, son expérience de l'arrêt, ses motivations, ses craintes, les difficultés qu'il peut rencontrer, les traitements les plus appropriés... La personne peut être rappelée, si elle le souhaite, pour être soutenue dans sa démarche.

# LES LIGNES TÉLÉPHONIQUES **POUR ÊTRE**

## **FIL SANTÉ JEUNES**

**0 800 235 236**

Tous les jours de 8h à minuit, anonyme et gratuit.

>> Ce service offre aux jeunes une écoute individualisée en matière de santé physique, psychique et sociale par des psychologues et des médecins.

## **ECOUTE DOPAGE**

**0 800 15 2000**

Numéro Vert gratuit depuis un poste fixe, confidentiel et anonyme. Du lundi au vendredi de 10h à 20h.

>> Cette ligne est destinée à aider et orienter efficacement les sportifs en difficulté face au dopage et toutes les personnes concernées de près ou de loin par les questions concernant le dopage. Les chargés d'accueil téléphonique sont des psychologues ou des médecins du sport ayant une formation spécialisée.



# AIDÉ

## **SIDA INFO SERVICE**

**0 800 840 800**

Numéro Vert gratuit depuis un poste fixe,  
confidentiel et anonyme - 7j/7

## **HÉPATITES INFO SERVICE**

**0 800 845 800**

Tous les jours de 9h à 23h,  
service d'écoute anonyme et gratuit  
sur les hépatites

>> Ces lignes permettent de répondre à des interrogations liées au VIH/sida et aux hépatites ainsi qu'aux autres pathologies qui, par leur prévention, leur mode de transmission s'apparen-

tent au VIH. Sida Info Service et Hépatites Info Service sont à l'écoute de tous : séronégatif, séropositif, malade ou proche d'une personne touchée.



# LES LIEUX D'ACCUEIL

Il est possible de s'adresser à un professionnel de santé (infirmière scolaire, médecin du travail) ou à son médecin traitant qui saura assurer une prise en charge ou réorienter si nécessaire.

On peut aussi s'adresser à des structures spécialisées :

## >> LES POINTS ACCUEIL ÉCOUTE JEUNES (PAEJ)

Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute et de parole qui s'adressent aux jeunes les plus en difficulté. Une de leurs missions est la prévention des conduites à risques.

## >> LES CONSULTATIONS spécifiques pour le cannabis

Depuis 2005, un réseau de consultations spécifiques a été mis en place dans l'ensemble des départements. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et à leur famille. Ces consultations menées par des professionnels formés aux spécificités du cannabis permettent :

- >> d'effectuer un bilan des consommations,
- >> d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille,
- >> d'aider en quelques consultations à arrêter la consommation,
- >> de proposer une prise en charge à long terme lorsque la situation le justifie.



## » AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Des consultations d'aide au sevrage tabagique, implantées le plus souvent dans les hôpitaux, prennent en charge les fumeurs les plus dépendants et les personnes ayant déjà souffert d'une maladie liée au tabac.

Des consultations médicales en médecine générale sont aussi proposées. Le sevrage tabagique peut être accompagné d'un substitut nicotinique (patchs, gommes à mâcher) ; ces traitements sont aussi délivrés aux fumeurs hospitalisés.

Un premier contact auprès d'un médecin (généraliste ou psychiatre) ou d'un autre professionnel de santé (psychologue, infirmière) peut permettre une orientation vers des soins adaptés, surtout si la consommation de substances psychoactives est associée à des difficultés psychologiques ou de comportement général.

## » SOINS EN ALCOOLOGIE (CCAA)

> En ambulatoire, les CCAA (centres de cure ambulatoire en alcoologie) proposent des soins et un accompagnement social aux personnes en difficulté avec l'alcool (200 centres sont implantés en France).

> En milieu hospitalier, des unités d'accueil en alcoologie accueillent 20 000 malades par an et leur proposent un traitement.

> Des centres de post-cure proposent des soins et une aide à la réinsertion sociale.

## » LES CSST

Les CSST (centres de soins spécialisés pour toxicomanes) accueillent toute personne souffrant d'une dépendance et assurent la prise en charge d'environ 70 000 personnes.

## Pour connaître la structure d'accueil la plus proche de chez vous :

> par Internet :  
**www.drogues.gouv.fr**, rubrique « adresses utiles » pour trouver toutes les coordonnées des services spécialisés par département ou par région ;

> par téléphone :  
DROGUES INFO SERVICE :  
**0 800 23 13 13**  
(Appel gratuit depuis un poste fixe)  
ECOUTE CANNABIS :  
**0 811 91 20 20** (coût d'une communication locale depuis un poste fixe)



Les services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CSST et CCAA) seront bientôt organisés dans des structures communes, appelées centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les 250 organismes ouverts en France, proposent une grande diversité de prestations (médicales, psychologiques, sociales, éducatives). Une cinquantaine d'établissements offrent un hébergement (appelé généralement post-cure). Les hébergements sont organisés selon le projet personnel de la personne dépendante et sa situation, en vue d'une stabilisation : dans un cadre collectif, dans des réseaux de familles d'accueil, ou encore en appartements thérapeutiques relais. Des hébergements de transition et d'urgence, des nuitées d'hôtel peuvent également être proposés selon la structure d'accueil, la demande et la situation de la personne.

» Dans les hôpitaux, les centres de santé, les centres médico-psychologiques, des conseils et des soins peuvent être donnés à tous ceux qui en font la demande. De nombreux établissements de soins spécialisés existent sur l'ensemble du territoire et proposent d'accompagner, de soigner le consommateur et, selon les cas et l'établissement, son entourage.

### » EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

En milieu pénitentiaire, des soins spécialisés en faveur des détenus usagers de drogues et d'alcool sont proposés et des actions conduites afin de préparer leur sortie, en liaison avec des institutions extérieures.

## LES SITES

# INTERNET

## **www.drogues.gouv.fr**

> pour en savoir plus sur les drogues, leurs effets et leurs dangers.

>> Le site

**www.drogues.gouv.fr** donne accès à :

- des informations scientifiques actualisées sur tous les produits : alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, tabac et autres drogues ;
- une synthèse de presse quotidienne, des données chiffrées et les derniers rapports scientifiques ;
- des documents d'information et de prévention à destination de tous ;
- une base de données documentaire.

Drogues Info Service sur **www.drogues.gouv.fr** anime trois rubriques :

### **Vos questions/**

### **Nos réponses :**

Espace de dialogue et de conseils pour recevoir des réponses précises, anonymes et consultables par tous.

### **Questions les plus**

### **fréquemment posées :**

Rubrique qui apporte des informations synthétiques et précises sur un thème, un produit, une problématique (le cannabis, les drogues et la loi, le dépistage des produits...).

### **Adresses utiles :**

Rubrique qui permet de trouver les coordonnées de tous les services spécialisés :

- par domaine de compétence : alcoologie, toxicomanie, tabacologie ;
- par type d'activité : information, prévention, soin ;
- par département ou par région.

## LES SITES INTERNET

### [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

>> Le site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) présente les programmes de prévention (tabac, drogues, alcool, sida, etc.), les actions de communication, les publications (le catalogue en ligne dont une majorité de documents téléchargeables), les actions de terrain, les formations, les bases documentaires, la pédagogie... Un site pour le grand public et les professionnels.

### [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com)

>> Le site propose une documentation sur la santé des jeunes, des dossiers mensuels, des actualités hebdomadaires, plusieurs forums et la possibilité de questionner des professionnels de santé par mail.

### [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)

>> Le site est dédié à l'arrêt du tabac. Développé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, il propose des outils et des exercices interactifs pour faire le point sur sa dépendance, ses motivations pour arrêter, etc., ainsi qu'un coaching interactif pour être accompagné dans sa démarche d'arrêt.



**Collection "Drogues : savoir plus",  
éditée et diffusée par la MILDT  
et l'INPES**

**Comprendre l'action des drogues.**

Décembre 1999 : 49 p.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/354.pdf>

**Livret juridique.**

Avril 2004, 148p.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/660.pdf>

**Socle de connaissances :  
approche multi-thématique des questions  
de prévention et d'usage de drogues.**

Retranscription d'une série de 10 interviews.

Janvier 2002 : 61 p.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/491.pdf>

**Prévention de l'usage de drogues :  
questions éducatives.**

Janvier 2002 : 69 p.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/492.pdf>



POUR ALLER

PLUS

LOIN

159

Sélection d'ouvrages  
À propos des chiffres cités  
Lexique



**Pour compléter la lecture de ce livre, voici une sélection d'ouvrages rédigés par des spécialistes reconnus des addictions et, dans la plupart des cas, ne traitant pas spécifiquement d'un produit.**

## **>>GÉNÉRALITÉS**

**> Hervé F. Les drogues et addictions. Réponses à 100 idées toutes faites sur l'alcool, le tabac, le cannabis... Paris : Flammarion, 2004 : 125 p.**

Des réponses aux idées reçues sur les produits, les pratiques de consommation, les traitements et la prévention. L'objectif de l'auteur, psychologue, est de donner dans un langage accessible à tous quelques clés fondées sur des travaux scientifiques récents.

**> Jauffret-Roustide M. (dir.), Labrousse A., Lalam N., Simmat-Durand L. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. Paris : La documentation française, 2004 : 156 p.**

Accessible et pédagogique, cet ouvrage dresse un panorama de l'usage de drogues dans toutes ses dimensions : mesure de la consommation, aspects législatifs, trafic international et local, politiques publiques.

**> Lowenstein W. Ces dépendances qui nous gouvernent : comment s'en libérer ? Paris : Calmann-Lévy, 2005 : 297 p.**

Cet ouvrage, écrit par un médecin qui dirige une clinique spécialisée dans le traitement des addictions, explique de façon claire les processus qui interviennent dans les conduites addictives, de l'usage à la dépendance. Il s'intéresse suc-

cessivement à la dépendance aux substances psychoactives, aux addictions sans drogue (jeu pathologique, addiction au travail, au sexe etc.) et aux comportements aux frontières de l'addiction (kleptomanie, achats excessifs, onychophagie - se ronger les ongles - etc.).

**> Maestraci N. Les drogues. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 2005 : 128 p.**

Un ouvrage de synthèse sur les produits, les usages, les effets et les risques qui permet d'apporter un éclairage sur l'histoire des drogues et les politiques publiques qui s'y rapportent. Écrit par l'ex-présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

**> Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : La Découverte, 2005 : 202 p.**

Pour la quatrième fois depuis 1995, l'OFDT fait la synthèse de ses travaux et dresse un état des lieux des consommations de substances psychoactives, de l'offre, des conséquences sanitaires, sociales ou pénales de ces consommations et décrit leur contexte légal.

**> Reynaud M. L'amour est une drogue douce... en général. Paris : Robert Laffont, 2005 : 298 p.**

Fondant son propos sur les avancées récentes de la neurobiologie, l'auteur, psychiatre au service d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse, examine chaque phase de l'état amoureux sous ses aspects biologiques et psychologiques: du désir à la dépendance en passant par le plaisir, l'attachement et la passion. Michel Reynaud souligne le parallélisme entre les drogues et l'amour au fil d'une analyse scientifique illustrée d'exemples tirés de l'expérience clinique, de l'étude du comportement animal ou encore de la littérature.

>>>

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

Un rapport rédigé par trois spécialistes des addictions qui propose de substituer à une "approche produit" la notion de "pratiques addictives" qui distingue l'usage simple, l'usage nocif et la dépendance.

➤ **Richard D. (dir.), Senon J.-L. (dir.), Valleur M. (dir.) Dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris : Larousse / Sejer, coll. In extenso, 2004 : 626 p.**

Plus de cent spécialistes ont collaboré à ce dictionnaire qui propose des définitions et développements encyclopédiques sur des termes et notions pharmacologiques, cliniques, thérapeutiques et législatifs, mais aussi historiques, sociologiques ou culturels.

---

## ➤➤ **LES DROGUES : PRODUITS, EFFETS, RISQUES**

➤ **Delcroix M. La grossesse et le tabac. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, n°3490, 2004 : 127 p.**

Un tableau des risques du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et des moyens de prévention.

➤ **Ferraro F. La grossesse et les drogues. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, n° 3411, 1998 : 127 p.**

Une synthèse des conséquences de la consommation de substances psychoactives sur la femme enceinte, le fœtus, le nouveau-né et l'enfant plutôt destinée à un public spécialisé (professionnels de la toxicomanie, de la femme enceinte, de la santé).

➤ **Hautefeuille M., Véléa D. Les drogues de synthèse. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 2002 : 128 p.**

Cet ouvrage, écrit par deux médecins spécialistes de la toxicomanie et des addictions à l'hôpital Marmottan de Paris,

décrit les drogues de synthèse, leurs effets, la dépendance qu'elles peuvent induire, leur impact social, les nouveaux usages auxquels elles donnent lieu et leur avenir.

➤ **Hefez S., Bantman B. Un écran de fumée. Le cannabis dans la famille. Paris : Hachette, 2005 : 220 p.**

Refusant les discours réducteurs sur le cannabis, peur ou apologie, les auteurs tentent de dissiper les idées reçues en rendant compte de la complexité et de la diversité des consommations. Serge Hefez, psychiatre, décrypte les contextes psychiques et familiaux des consommations de cannabis. Béatrice Bantman, médecin et journaliste, retrace l'histoire de l'utilisation de la plante et analyse les enjeux politiques et sociaux qui l'entourent.

➤ **Huerre P. (dir.), Marty F. (dir.) Cannabis et adolescence : les liaisons dangereuses. Paris : Albin Michel, 2004 : 362 p.**

Les textes rassemblés dans 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 encore sociologique à cet état des lieux.

## ➤➤PRÉVENTION, RÉDUCTION DES RISQUES

➤ **Coppel A. Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Paris : La Découverte, coll. Alternatives sociales, 2002 : 380 p.**

Un ouvrage qui s'appuie sur l'expérience de terrain de l'auteur, sociologue et pionnière de la réduction des risques en

➤➤➤

France, à la rencontre des usagers de drogues au travers des actions de proximité et des traitements de substitution.

➤ **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004 - 2008.**

Paris : MILDT, 2004 : 76 p.

[http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir\\_plus/plan\\_quinquennal/Drogues%20plan%20gouvernemental\\_27\\_07\\_2004.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir_plus/plan_quinquennal/Drogues%20plan%20gouvernemental_27_07_2004.pdf)

Ce plan fixe pour cinq ans les priorités et objectifs de la politique publique de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Utilisant tous les leviers de l'action publique (application de la législation, information et prévention, système de soins, coopération internationale) et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux, il accorde une place importante à la prévention, en particulier à l'école, avec notamment pour objectif d'empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances.

➤ **Parquet P.-J. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Vanves : éditions CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 107 p.**

Pour l'auteur, psychiatre et président du Conseil d'administration de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la démarche de prévention de la consommation de substances psychoactives doit s'inscrire dans une démarche globale d'éducation et de promotion de la santé.



## »A PROPOS DES CHIFFRES CITÉS

Les rubriques « chiffres d'une réalité française » ont été rédigées sous la responsabilité scientifique de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (Julie Adès, François Beck, Agnès Cadet-Tairou, Hélène Martineau, Stéphane Legleye, Dominique Lopez, Christophe Palle, Stanislas Spilka, Laure Vaissade). La plupart de ces données sont extraites du rapport "Drogues et dépendances, données essentielles".

### **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

3, avenue du Stade de France,  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél : 33 + (0) 1 41 62 77 16  
Télécopie : 33 + (0) 1 41 62 77 00  
e-mail : ofdt@ofdt.fr  
site internet : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

## SOURCES POUR LES CHIFFRES CITÉS

- [1] Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel, Drogues illicites : pratiques et attitudes, in Guilbert, P., F. Baudier, and A. Gautier, Baromètre santé 2000. Vol. Méthode (1) et Résultats (2). Vanves: Editions CFES 2001, 237-274.
- [2] Beck, F., S. Legleye, and S. Spilka, Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003. Saint-Denis: OFDT, 2004, 251.
- [3] Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel, Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes EROPP 2002. Paris : OFDT, 2003, 227.
- [4] Palle, C. Bernard, C. Lemieux, C. CSST en ambulance - tableaux statistiques 1998-2003. Saint-Denis: OFDT, 2005, 30.
- [5] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2004. Nanterre: OCRTIS, 2005.
- [6] Hibell, B., et al., The

ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 2004, 450.

[7] CEIP de Marseille, OPPI-DUM, résultats de l'enquête 15 (octobre 2003). Saint-Denis : AFSSAPS, 2004, p. 13.

[8] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2004. Nanterre: OCRTIS, 2005, 112.

[9] Costes, J.-M., Country report : France, in National Prevalence Estimates of Problem Drug Use in the European Union, 1995-2000. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003, p. 33-49.

[10] Cadet-Taiou, A., et al., Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. Tendances, 2004(37): p. 1-2.

[11] Costes, J.-M., et al., Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaitables ? Alcoologie et Addictologie, 2004. 26(4) (Suppl.), Texte des experts de la conférence de consensus, Lyon, 23 et 24 juin 2004 : p. 61S-74S.

[12] Institut de veille sanitaire (InVS), Infection à VIH/sida en France (bases de données).

[13] Palle, C. and D. Martin, Lutte contre l'alcoolisme, le dispositif spécialisé en 2003. Saint-Denis : DGS/OFD, 2006 (à paraître).

[14] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

[15] Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), La sécurité routière en France, bilan de l'année 2003. Paris: La documentation Française, 2004, 240.

[16] Ministère de la Justice, Annuaire statistique de la justice. Edition 2004. Paris : La documentation Française, 2004, 371.

[17] Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Consommation annuelle de boissons alcoolisées (non publié).

[18] Global status report on alcohol 2004. Geneva, World Health Organization, 2004.

[19] Peto, R., et al., Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2nd ed. CTSU (University of Oxford), 2004.

[20] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Tableau de bord mensuel sur le tabac, d'après les données de : Altadis, DGDDI, GERS, INPES, DATIS, MILDT.

[21] Beck, F. and S. Legleye,



- Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. Paris: OFDT, 2003, 164.
- [22] Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), Rapport d'activité du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage. Juin 1999-Décembre 2003. Paris : CPLD, 2004, 83.
- [23] Bello P.-Y., Toufik A., Gandilhon M., Giraudon I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis : OFDT, 2004 : 271 p.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/trend03.htm>
- [24] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : La Découverte, 2005 : 202 p.
- [25] [www.ofdt.fr/BDD/seris-tat/00014.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD/seris-tat/00014.xhtml)
- [26] Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Biecheler M.-B., the SAM Group, Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study, *BMJ*, december 2005 ; 331 : 1371.
- [27] Hill C, Alcool et risque de cancer, *Actualités et dossier en santé publique* n° 30. Paris : La documentation française, mars 2000.
- [28] Michel E., Jouglu E., La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998, *Etudes et résultats* N°153, janvier 2002, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 8 p.
- [29] Beck F., Legleye S., Les jeunes et le cannabis. Regards sur l'actualité. 2004 ; 294 : 53-65. Paris : La Documentation française.
- [30] Remonet L. et al., Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000, *BEH* n°41-42, 2003, p.190-193.
- [31] Mortalité par cancer du poumon en France métropolitaine, Analyse de tendance et projection de 1975 à 2014, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, septembre 2005, 105 p.
- [32] Beck F., Cytrynowicz J., Usages de drogues illicites, in Gilbert P. et Gautier A. (dir.), *Baromètre Santé 2005*. Saint-Denis : Editions INPES, 2006, p. 49-58.
- [33] Gilbert P., Gautier A., Beck F., Peretti-Watel P., Wilquin J.L., Léon C., Legleye S., Arwidson P., *Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée : Baromètre santé, France, 2005*, *BEH*, n°21-22, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 31 mai 2005, p. 97-98.

## »»LEXIQUE

### **Ambulatoire**

Traitement effectué en dehors des structures d'hospitalisation ou d'hébergement. Ce traitement laisse au patient la possibilité de poursuivre ses occupations habituelles.

### **Analgésique**

Qui supprime ou atténue la sensibilité à la douleur.

### **Anorexigène**

Propre à supprimer la sensation de faim.

### **Antalgique**

Qui calme la douleur.

### **Chiquer**

Mâcher (du tabac, une substance psychoactive).

### **Dépénalisation de l'usage**

Suppression des sanctions pénales pour l'usage d'un produit interdit.

### **Dopamine**

Voir neuromédiateur.

### **Droque**

Terme usuel pour désigner toute substance psychoactive à risque d'abus et pouvant entraîner une dépendance.

### **Épisode ou délire paranoïde**

Crise pendant laquelle un individu est le sujet de délires qui rappellent la paranoïa.

### **Gober** (un comprimé d'ecstasy)

Avaler un comprimé.

### **Kit de prévention**

Trousse de prévention destinée aux usagers de drogues

qui pratiquent l'injection par voie intraveineuse, contenant : deux seringues, deux ampoules d'eau distillée, deux tampons alcoolisés, deux tampons secs, deux récipients de dilution et de chauffe, deux filtres, un préservatif et des messages de prévention. Les subventions de l'État permettent à cette trousse d'être vendue à un prix modéré en pharmacie.

### **Légalisation d'un produit**

C'est l'autorisation de distribution d'un produit jusque-là interdit. Cette légalisation peut s'accompagner d'une restriction de la diffusion : lieux spécifiques de vente, interdiction de vente aux mineurs, production contrôlée (par exemple, la production et la vente du tabac et de l'alcool sont soumises à un contrôle exercé par l'État).

### **Manque**

Terme employé pour décrire habituellement la sensation qu'entraîne l'arrêt de la consommation (sevrage) d'opiacés (morphine, héroïne) ; la privation du produit engendre un malaise physique (sueurs, courbatures, tremblements, nausées, insomnies, agitation) et psychologique (anxiété, irritabilité, angoisse). Le manque aux opiacés, aussi douloureux et spectaculaire soit-il, n'entraîne pas la mort. En revanche, le manque provoqué par la privation brutale d'alcool consommé en grande quantité et régulièrement peut provoquer un delirium tremens pouvant, en l'absence de traitement, entraîner la mort.

### **Neurosciences**

Ensemble des connaissances et des recherches scientifiques concernant le cerveau.

### **Neuromédiateurs**

Substances chimiques produites par une cellule nerveuse pour activer une cellule voisine qui présente au point de contact (synapse) des récepteurs spécifiques.

Exemples de neuromédiateurs : la dopamine, la sérotonine, l'acétylcholine.

**Opiacé**

Substance chimique (alcaloïde) dérivée de l'opium.

**Paranoïa**

Troubles engendrant un délire et des réactions d'agressivité.

**Patch**

Timbre autocollant que l'on pose sur la peau afin qu'il dispense un médicament.

**Polyconsommation**

La consommation de plusieurs substances psychoactives.

**Posologie**

Indication de la quantité de médicament à donner à un malade.

**Prise**

Quantité de substance consommée en une seule fois.

**Rave partie**

Une soirée rave est organisée autour de la musique techno.

**Sédatif**

Produit destiné à calmer un état d'agitation ou de nervosité.

**Sevrage**

C'est l'arrêt de la prise de substance psychoactive de manière brutale ou progressive. Pour libérer l'organisme du besoin de drogue sans ressentir les effets physiques du manque, les personnes pharmaco-dépendantes peuvent faire une demande de sevrage sous assistance et contrôle médical.

Le sevrage aux barbituriques (somnifères rarement utilisés) ou un accident de sevrage de l'alcool (delirium tremens, troubles psychiques) nécessitent une hospitalisation.

**Sniffer**

Priser, aspirer par le nez. Sniffer de la cocaïne par exemple.

**Stupéfiant**

Substance susceptible d'induire un usage nocif ou une dépendance et inscrite sur une liste qui reprend notamment les substances placées sous contrôle international, par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Substitution** (traitement de)

Les traitements de substitution désignent la prescription de médicaments qui ont pour objectif de traiter la dépendance de manière médicale et légale.

**Surdose ou overdose**

Intoxication aiguë parfois mortelle liée à l'administration d'une forte dose de substances psychoactives - les produits les plus susceptibles d'entraîner cet effet sont l'héroïne, (ainsi que la méthadone ou le Subutex®) ou la cocaïne. L'overdose survient souvent dans le cadre d'une polyconsommation avec l'alcool, les benzodiazépines, les psychostimulants car leur toxicité cardiaque respective se renforce. Les risques de surdose interviennent également après un arrêt prolongé de la consommation, alors que l'organisme n'est plus accoutumé au dosage habituel.

**Synapse**

Zone de jonction entre deux neurones ou entre un neurone et une autre cellule.



La première édition de ce livre (juillet 2000) avait été rédigée sous la responsabilité éditoriale de Nicole Maestracci et grâce au concours d'un comité scientifique et d'un comité de lecture :

Pierre Arwidson, CFES • Philippe Batel, hôpital Beaujon-UTAMA • François Baudier, CNAMTS-DSP • Pierre Bressan, ministère de la Jeunesse et des Sports (DJEP) • Bernard Candiard, Service d'information du gouvernement (SIG) • Baptiste Cohen, Drogues Info Service • Katherine Cornier, Direction générale de la santé • Jean-Michel Coste, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) • Michel Damade, GRICA Bordeaux • Martine Giacometti, ministère de l'Éducation nationale (DESCO) • Olivier Guérin, Cour de cassation, Paris • Patrick Laure, CHU Nancy • Bernard Lebeau, hôpital Saint-Antoine • William Lowenstein, Centre de Monte-Cristo • Christophe Palle, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) • Philippe-Jean Parquet, CHRU Lille • Michel Reynaud, CMP CHU Clermont-Ferrand • Ariane Revol-Briard, Service d'information et de communication du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (SICOM) • Thomas Rouault, Toxibase • Jean-Pol Tassin, U 114 INSERM Collège de France • Cabinet du secrétaire d'État à la Santé • L'ensemble des chargés de mission de la MILDT.

La coordination rédactionnelle et éditoriale de la première édition avait été assurée par Danielle Vasseur (CFES) et Patrick Chanson (MILDT), la rédaction par Agnès Mückensturm et Danielle Vasseur

Ce livre a été réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

**Comité de rédaction :**

Catherine Bernard (Direction générale de la santé), Nadine Gautier (INPES), Didier Jayle (MILDT), France Lert (Inserm), Aude Moracchini (MILDT), Christophe Palle (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

**Ont participé à la rédaction :**

Pierre-Yves Bello (OFDT), Judith Cytrynowicz (INPES), Olivier Delmer (INPES), Thérèse Fouques Duparc (MILDT), Ruth Gozlan (MILDT), Patrice Hoareau (MILDT), Jimmy Kempfer (Clinique Liberté), Nadège Larochette (Direction générale de la Santé), Dominique Martin (Direction générale de la Santé), Pascal Mélihan-Cheinin (Direction générale de la Santé), Olivier Middleton (MILDT), Jean-Pol Tassin (Inserm/Collège de France)

**Coordination éditoriale et rédactionnelle :**

Nadine Gautier (INPES) et Aude Moracchini (MILDT)

**Conception graphique et mise en page :**

Armelle & les crayons

**Photos :**

Nadia Benchallal - Contact press images

Nous remercions le ministère de l'Intérieur pour les photos des produits.

**Directeur de la publication :**

Philippe Lamoureux (INPES)



**L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)** est un établissement public placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Sa mission est d'aider la population à adopter des comportements favorables à la santé. Il met en œuvre des programmes nationaux de prévention et de communication sur de nombreux thèmes (campagnes à la télévision, radio, presse, réalisation et diffusion de brochures et ouvrages, etc.). Chaque année, des études sont publiées sur les comportements de santé des Français. Cent dix-sept comités départementaux et régionaux mènent des actions d'éducation pour la santé. Ils constituent un réseau national regroupé au sein de la Fédération nationale d'éducation pour la santé.

-----

**Institut national de  
prévention et d'éducation  
pour la santé**

42, boulevard de la Libération

93203 Saint-Denis Cedex

Télécopie : 01 49 33 33 90

Site internet : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

## **La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)**

Placée sous l'autorité du Premier ministre, cette mission anime et coordonne l'action de dix-sept ministères concernés par la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, notamment dans les domaines de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la répression, de la formation, de la communication, de la recherche et de la coopération internationale.

Elle prépare et met en œuvre les décisions du Comité interministériel de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances dont les compétences, depuis le 16 juin 1999, concernent aussi bien les consommations de drogues illicites que l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs.

-----

### **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie**

7, rue Saint-Georges

75009 Paris

Tél. : 01 44 63 21 50

Télécopie : 01 44 63 21 01

Site internet : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)

Achevé d'imprimer en avril 2006.  
Première édition



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

> 7j/7 APPEL GRATUIT

## **ÉCOUTE CANNABIS** **0 811 91 20 20**

> 8h - 20h COÛT D'UN APPEL LOCAL

## **ÉCOUTE ALCOOL** **0 811 91 30 30**

> 14h - 2h COÛT D'UN APPEL LOCAL

## **TABAC INFO SERVICE** **0 825 309 310**

> DU LUNDI AU SAMEDI  
> 8h - 20h - 0,15 €/MIN.

Édition et diffusion :  
Institut national de prévention et  
d'éducation pour la santé (INPES)  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex  
Télécopie : 01 49 33 23 91  
Site Internet : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

