



MINISTÈRE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE

<p>Secrétariat général <i>Service des ressources humaines</i></p> <p>Sous-direction du développement professionnel et des relations sociales</p> <p>Bureau de l'action sanitaire et sociale</p> <p>78 rue de Varenne - 75349 PARIS 07 SP</p> <p>Suivi par : Tél. : 01.49.55.60.33 Fax : 01.49.55.41.81</p>	<p>NOTE DE SERVICE</p> <p>SG/SRH/SDDPRS/N2009-1199</p> <p>Date: 25 août 2009</p>
--	---

Date de mise en application : **immédiate**

Nombre d'annexes : 1

Objet : Guide sur les drogues et les addictions diverses

Résumé : Diffusion d'un guide d'information, de prévention et de traitement des risques liés aux drogues et addictions diverses

Mots-clés : prévention, traitement, drogues, addictions diverses, hygiène, sécurité

Bases juridiques :

- code du travail (articles R.4228-20 et R.4228-21),
- code pénal (articles 222-34 et 222-39),
- code des douanes (articles 414 et 415),
- code de la santé publique (articles L.3421-1 et L.3421-4),
- code de l'éducation (article L.312-18),
- code de la route (article L.235-1)
- loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses
- décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;

Destinataires	
<p>Pour exécution : Administration centrale Services déconcentrés Établissements publics d'enseignement agricole</p>	<p>Pour information : Tous les agents Organisations syndicales Médecins de prévention Infirmier(e)s Assistants sociaux ACMO et ASP Inspecteurs hygiène et sécurité</p>

Le comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM) a élaboré un guide d'information, de prévention et de traitement des problèmes liés à l'**alcool** ainsi qu'un guide en vue de la prévention et l'aide au **sevrage tabagique** qui ont été publiés par notes de service des 20 mai 2008 (SG/SRH/SDDPRS/N2008-1120) et 28 mai 2008 (SG/SRH/SDDPRS/N2008-1128).

Afin de compléter l'information et l'appui aux services et aux agents du ministère de l'agriculture et de la pêche (MAP), le groupe de travail "conduites addictives" du CHSM a mis au point un document sur **les drogues et addictions diverses**.

Ce document fournit des informations sur les facteurs ou les causes d'addiction ainsi que sur les conséquences de ces conduites tant pour les individus que pour la communauté de travail.

Il rappelle les dispositions législatives et réglementaires qui s'appliquent en la matière ainsi que les dispositifs de prévention et de traitement. Il propose, enfin, quelques pistes en vue de la prise en charge de ces sujets dans le cadre professionnel.

Vous trouverez, joint à la présente note, le document qui sera mise en ligne sur le site ASSPERA (www.asspera.agriculture.gouv.fr).

Le sous-directeur du développement
professionnel et des relations sociales

L'inspectrice générale de l'agriculture,
Présidente du CHSM

Eric GIRARD-REYDET

Françoise THEVENON LE MORVAN



Comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM)

Guide sur les drogues et addictions diverses

Elaboré par le groupe de travail "conduites addictives"
et adopté par le comité d'hygiène et de sécurité ministériel (CHSM)
lors de sa réunion du 24 mars 2009

I. Informations générales

- Fiche n° 1 : L'addiction : définition
- Fiche n° 2 : Les mécanismes de l'addiction : comment devient-on dépendant ?
- Fiche n° 3 : Les facteurs d'addiction : sommes-nous égaux face à l'addiction ?
- Fiche n° 4 : Les addictions avec produits : les substances autorisées
- Fiche n° 5 : Les addictions avec produits : les substances illicites
- Fiche n° 6 : Les produits et procédés considérés comme dopants
- Fiche n° 7 : Les autres formes d'addiction
- Fiche n° 8 : L'ampleur du phénomène : quelques chiffres

II. Réglementation, plans de lutte et de prévention

- Fiche n° 9 : La réglementation
- Fiche n° 10 : Les plans de lutte et de prévention

III. Prévention et traitement, aide au sevrage

- Fiche n° 11 : Les structures de soins
- Fiche n° 12 : Les addictions et les risques professionnels
- Fiche n° 13 : La mise en place d'une démarche de prévention : élaborer une démarche collective sans négliger la prise en charge individuelle
- Fiche n° 14 : La mise en place d'une démarche de prévention : assurer la promotion et la pérennité de la démarche
- Fiche n° 15 : Les conduites à tenir

Annexe : adresses utiles

I – Informations générales

L'addiction : définition

Le terme d'addiction a émergé dans les années 70 dans le vocabulaire des praticiens pour désigner la dépendance à l'alcool et aux drogues. Depuis, il s'est répandu et s'est étendu à d'autres conduites.

L'addiction implique un comportement répétitif, impératif et contraignant, que l'on ne peut faire cesser malgré les tentatives répétées. Étymologiquement, l'addiction est le "don de son corps en gage d'une dette non payée". La locution latine "ad dictus" qualifie celui qui "est dit à", c'est-à-dire l'esclave.

Il y a dans l'addiction, une perte de liberté, voire un esclavage. Plus rien d'autre n'est important que l'objet de l'addiction, qu'il soit un produit, une personne ou un comportement. Elle entraîne un manque lorsque l'on ne peut s'y adonner. L'addiction est de nature handicapante et envahissante, avec des conséquences sociales et sanitaires souvent importantes.

On distingue trois tableaux cliniques différents :

a) L'usage simple ou occasionnel

L'usage simple ou occasionnel 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 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.

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

- la consommation d'une substance avant de conduire un véhicule (automobile, deux roues, machine...),
- la consommation de substances illicites, mais aussi d'alcool et de tabac, chez la femme enceinte,
- l'association avec certains médicaments,
- la consommation avant quinze ans,
- l'existence de certaines pathologies, notamment mentales.

Ces risques existent dès la première consommation.

Les complications en sont l'évolution vers une toxicomanie, une décompensation anxieuse ou une psychose.

b) L'abus ou usage nocif

L'usage nocif ou abus, est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs, sociaux ou judiciaires, 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...),
- 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...),

- des difficultés et/ou l'incapacité à remplir ses obligations dans la vie professionnelle (absences répétées, mauvaises performances au travail), à l'école (baisse des résultats scolaires, absentéisme, exclusion), à la maison (abandon des responsabilités...).

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.

c) La dépendance ou la toxicomanie

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive : désir puissant de consommation du produit, difficulté à contrôler la consommation, poursuite de la consommation malgré la connaissance des effets nocifs pour la santé, effet de "manque" en cas de non consommation, désinvestissement progressif des activités professionnelles, sociales et/ou familiales... 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. On peut parfois relever un besoin compulsif du produit (craving) et une augmentation des doses pour obtenir l'effet souhaité.

L'addiction se caractérise par la dépendance, c'est-à-dire l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives.

Il existe des conduites addictives :

- avec produits : alcool, tabac, drogues ou substances psychoactives,
- sans produit : workaholisme ou présentéisme (les "accros" au travail), la dépendance aux moyens de communication (Internet, e-mail, téléphone portable...) le jeu pathologique...

Les mécanismes de l'addiction : comment devient-on dépendant ?

Plaisir, désir, dépendance, le scénario de l'addiction se joue généralement en trois étapes.

D'abord, il y a un simple usage agréable, la recherche du plaisir ou la transgression d'un interdit. A ce stade, les effets négatifs ne se révèlent pas encore : c'est la période du plaisir ("liking").

Puis viennent l'abus et l'usage nocif, par lesquels on jouit encore des effets positifs (plaisir, stimulation) malgré les premiers méfaits qui apparaissent : c'est l'étape du désir ("wanting").

Enfin, au-delà du désir, apparaît la dépendance : c'est le stade du besoin physique et psychologique ("needing"). Brutale ou progressive, elle est installée lorsque l'on ne peut plus se passer de "consommer" (ou de pratiquer) sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques.

Sensibilisation : réaction plus intense à la consommation d'une drogue consommée précédemment. Se traduisant à long terme, elle facilite les rechutes.

Tolérance : réaction de moins en moins forte à la même quantité de drogue conduisant à en consommer toujours plus et de plus en plus souvent.

Dépendance : adaptation de l'organisme à la drogue se traduisant par l'apparition de l'effet de manque. Le sevrage vise à la réduire.

Lorsque nous nous adonnons à une activité agréable, nous enclenchons les circuits cérébraux de la récompense : l'état du cerveau est modifié. Lorsque le plaisir disparaît, notre cerveau revient sans problème à l'état initial. Ce mécanisme d'équilibre s'appelle l'**homéostasie**.

Toutes les drogues fonctionnent comme des leurres de nos mécanismes naturels de récompense. Elles provoquent leur emballement et les dérèglent. Elles modifient notre équilibre cérébral : lorsqu'elles ne sont plus présentes, elles manquent. L'état pendant lequel la drogue agit devient l'état normal. On parle d'**allostasie**.

Tous les produits qui peuvent déclencher une dépendance ont en commun la propriété d'augmenter la quantité de dopamine dans les circuits de la récompense. Mais les voies d'actions qui permettent d'arriver à ce résultat sont très variables, ce qui explique que chaque drogue a des effets différents et "accroche" plus ou moins. S'agissant des addictions sans drogue, elles semblent aussi dérégler notre système de récompense.

"La violence de la sensation est l'aube de la dépendance" (Michel Reynaud, psychiatre).

Selon Stanton Peele, psychologue américain, l'addiction n'est pas causée par l'objet possiblement "toxique" mais par le soulagement qu'il procure. La personne ne dépend pas du produit mais de l'expérience qu'il procure.

Les substances psychoactives ou psychotropes

Ce sont des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui, en agissant sur le cerveau, modifient le psychisme (sensations, pensées, états de conscience) et le comportement.

Les substances psychoactives modifient l'activité mentale, les sensations, l'humeur, le comportement. Elles provoquent des effets somatiques (sur le corps) variables selon les propriétés de chacune d'entre elles, les quantités, la fréquence et la durée des consommations.

Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé, peut entraîner des conséquences dans la vie quotidienne et engendrer une dépendance. Les risques sont aussi modulés par des facteurs individuels.

L'association de médicaments à des substances psychoactives comporte des dangers, d'autant que certaines interactions sont méconnues médicalement du fait de la dépendance physique et psychique qu'elle entraîne. Le mélange avec l'alcool, par exemple, potentialise ou parfois annule les effets des substances absorbées.

Les substances peuvent être : alcool, amphétamines et produits dérivés, caféine, cannabis, hallucinogènes, nicotine (tabac), opiacés, solvants volatils...

Les médicaments psychotropes (anxiolytiques ou tranquillisants, hypnotiques ou somnifères, antidépresseurs, sédatifs, traitements de substitution tels que la méthadone ou la buprémorphine) sont prescrits par un médecin pour traiter des états d'anxiété, de troubles du sommeil, de dépression, de troubles délirants. Leur production et leur usage sont strictement contrôlés. Cependant, il arrive qu'ils soient détournés de cet usage thérapeutique. Ainsi, les tranquillisants sont parfois utilisés de façon toxicomaniaque, à doses massives ou en association avec d'autres produits.

Les drogues sont des substances naturelles ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif pouvant aller jusqu'à l'asservissement ou à une addiction visant à éviter le syndrome de manque.

L'effet des substances psychoactives est soit recherché (cas des "médicaments psychotropes" et des drogues), soit non recherché (effets secondaires de médicaments non psychotropes ou exposition professionnelle à un solvant par exemple).

Qu'est-ce-que le manque ?

Sueurs, courbatures, tremblements, nausées, insomnie, crises d'angoisse, plus ou moins intenses selon les substances, le manque apparaît lorsque le produit ne peut être consommé. Deux composantes peuvent s'entremêler :

- d'abord, un manque dit physique (nausées, tremblements, douleurs) en cas de dépendance à des produits,
- ensuite un manque dit psychique (malaise diffus, anxiété, ruminations mentales, sentiment de vide, dépression, irritabilité, agressivité).

Le manque peut aller jusqu'au "craving", un désir ardent de recommencer.

Malgré des souffrances parfois très intenses, le manque ne provoque pas la mort, sauf, parfois, en ce qui concerne l'alcool (delirium tremens).

Le manque ne concerne pas que les addictions avec substances mais aussi les addictions sans produit.

Les facteurs d'addiction : sommes-nous égaux face à l'addiction ?

Certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres à l'addiction. Comme dans tout mécanisme psychologique complexe, se mêlent une dimension biologique et une dimension liée à l'histoire personnelle.

Une fragilité interne mais aussi la recherche de sensations fortes, la rébellion, la révolte peuvent favoriser l'addiction. Il y a d'ailleurs un recoupement entre les addictions qui se cumulent.

Quelques facteurs mis en cause dans les addictions

Une addiction résulte d'une conjonction, variable suivant les individus, de différents facteurs :

- **psychologiques**,
- **biologiques** (mécanisme de récompense / plaisir),
- **sociaux** (pratiques et cultures d'un environnement privé ou professionnel, isolement, stratégies d'évitement ou d'adaptation...).

Parmi les **facteurs psychologiques**, on peut citer l'attrait pour l'inconnu, la recherche de plaisir ou de bien-être, le désir d'enrichir son expérience, le besoin de compensation ou de faire face à des situations difficiles (professionnelles ou privées)...

Des événements liés à la grossesse (exposition prénatale à l'alcool...) ainsi que l'interaction avec le milieu, des difficultés rencontrées dans l'enfance ont une influence sur la sensibilité à l'addiction.

Au niveau biologique, c'est le "système de récompense" de l'organisme qui est à l'origine de la dépendance. La consommation de certains produits procure une sensation agréable qui stimule la production de neurotransmetteurs dans le cerveau, entraînant une augmentation de la dopamine (hormone du plaisir). Toutes les drogues mais aussi certains comportements (addiction au travail, jeu pathologique...) agissent directement sur les cellules du cerveau qui produisent la dopamine.

Ce "plaisir facile" est aussitôt mémorisé comme un moyen de contrer les sensations désagréables. Il court-circuite en quelque sorte le fonctionnement cérébral habituel. Avec le temps, le cerveau s'habitue à ces concentrations élevées de dopamine qui deviennent indispensables. Cela entraîne la prise de produit ou un comportement. L'individu est alors "prisonnier" d'un produit ou d'un comportement, seul capable de lui procurer du plaisir.

Il semble que des facteurs génétiques puissent expliquer certaines addictions très spécifiques comme le "workaholisme" (cf. fiche n° 7). Cette origine n'est toutefois pas démontrée pour l'ensemble des addictions. Dès lors, se réfugier derrière le déterminisme d'une explication génétique ne pourrait que dé-responsabiliser la personne dépendante. S'il y a un héritage dans l'addiction, il s'agit plutôt d'un héritage culturel, familial ou affectif.

Au niveau social, l'environnement privé (isolement, ennui, incompréhension, mal-être, hostilité de l'environnement, rupture, deuil, maladie grave, chômage...), de même que la consommation importante par les parents de produits entraînant une dépendance (alcool, tabac, médicaments psychoactifs, drogues) ou la fréquentation de consommateurs de ces produits peuvent constituer des facteurs favorisant l'addiction.

Par ailleurs, pour compenser ou mieux faire face à des conditions de travail perçues comme difficiles (contraintes fortes de productivité, travail posté, travail isolé, postes de travail à risques élevés ou à fortes responsabilités...), un individu ou un collectif de travail peuvent être amenés à croire que la consommation occasionnelle d'alcool, de médicaments, ou de cannabis peut les aider à se sentir mieux ou à être en mesure de tenir son poste. Cette stratégie d'adaptation, conjuguée avec les facteurs individuels développés plus haut (psychologiques, biologiques), peut ainsi conduire à une conduite addictive.

Les addictions avec produits : les substances autorisées

Tabac

La note de service du 28 mai 2008 a publié le guide en vue de la prévention et de l'aide au sevrage tabagique.

Alcool

La note de service du 20 mai 2008 a publié le guide d'information, de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool.

Médicaments

Tranquillisants ou anxiolytiques : ils diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnies, tension musculaire...). Ils ne sont pas indiqués pour une maladie précise, mais pour répondre à un état d'anxiété.

Somnifères ou hypnotiques : ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance en état d'éveil.

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 souvent pas le caractère pathologique). Ces produits ne semblent pas, dans l'état actuel des connaissances, être utilisés à des fins toxicomaniaques.

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

Inhalants et solvants :

Ce sont des substances chimiques contenues dans des produits d'usage courant (éther, trichloréthylène, acétone) que l'on peut légalement se procurer dans des magasins très divers. Inhalés, ces produits sont utilisés pour leurs effets psychoactifs, en particulier par des enfants ou des adolescents.

On les trouve dans une gamme de produits variés : colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, gaz propulseurs de bombes aérosols Ils 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 par perte de connaissance "la tête dans le sac", 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...

Les addictions avec produits : les substances illicites

Les stupéfiants ou drogues sont des substances illicites dont la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 réprime l'usage ou le trafic.

Cannabis

Le cannabis demeure la drogue illicite la plus consommée. Il y a environ 7 millions de Français qui l'auraient essayé au moins une fois. Cet usage peut s'observer dans tous les milieux socioculturels, d'autant que le cannabis est ordinairement fumé en association avec du tabac. Sa consommation, fréquemment occasionnelle, "concerne surtout les jeunes et les jeunes adultes de sexe masculin, bien insérés, ayant fait des études". Les dangers d'une consommation régulière sont réels.

Le cannabis est une plante. Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol), inscrit sur la liste des stupéfiants. Il se présente sous forme d'herbe ("marijuana", "ganja"), de résine ("haschich", "hasch", "shit", "chichon"...). L'huile est une préparation plus concentrée en principe actif.

Les effets de la consommation de cannabis sont variables : légère euphorie, accompagnée d'un sentiment d'apaisement, envie de rire, légère somnolence... utilisé pour le plaisir et la détente. Consommé régulièrement, il peut diminuer la motivation et provoquer angoisse et dépression. Mais il peut entraîner aussi parfois un malaise, une intoxication aiguë (*bad trip*) qui se traduit par une impression de confusion, d'étouffement, une angoisse très forte. Le cannabis provoque un effet sur la mémoire immédiate et diminue la capacité à apprendre des choses nouvelles et à s'en souvenir. Il modifie aussi la perception visuelle, la vigilance et les réflexes.

Ces effets peuvent être dangereux si l'on conduit une voiture, si l'on utilise certaines machines. Selon la personne, la quantité consommée et la composition du produit, le cannabis peut avoir les effets physiques suivants :

- 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),
- une sensation de nausée.

La fumée du cannabis contient plus de substances cancérigènes que celle du tabac.

Certains effets ont des conséquences importantes :

- difficultés de concentration, difficultés scolaires,
- préoccupations centrées sur l'obtention et la consommation du produit, isolement social et perte de motivation,
- risques sociaux pour l'utilisateur et son entourage liés aux contacts avec des circuits illicites pour se procurer le produit,
- chez certaines personnes vulnérables, le cannabis peut engendrer 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'un désordre mental caractérisé par des hallucinations,
- le cannabis est également susceptible, chez les sujets prédisposés, de révéler ou d'aggraver les manifestations d'une maladie mentale grave, comme la schizophrénie.

Ecstasy et amphétamines

L'ecstasy et les amphétamines sont des produits de synthèse recherchés pour leurs effets stimulants, particulièrement dans les milieux festifs.

Ecstasy

Cette "designer drug" prend la forme de petits comprimés colorés. Elle contient du MDMA, molécule proche des amphétamines. Elle procure euphorie, sensation de bien-être et de plaisir, énergie et lève les inhibitions, facilitant les relations avec les autres. Mais elle peut aussi provoquer des nausées, des sueurs, des maux de tête. Parfois survient une remise en question génératrice d'angoisse, une incapacité totale à communiquer. Après la prise, les sujets ont une sensation de vide, d'où l'envie d'en reprendre. En général, les effets durent entre deux et quatre heures puis vient "la descente" qui s'apparente à une forme de dépression plus ou moins intense.

L'ecstasy est de plus en plus consommée depuis le début des années 1990.

L'ecstasy peut provoquer une déshydratation de l'organisme et une élévation de sa température (hyperthermie), d'autant plus forte que le consommateur se trouve dans une ambiance surchauffée et fait un effort physique important.

Des usagers d'ecstasy ayant souffert d'un problème aigu décrivent des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations), des troubles digestifs, et des pertes de connaissance. Des accidents rares mais graves ont été reliés à la consommation d'ecstasy : décès par hyperthermie, arythmies cardiaques, hépatites. En cas d'association avec d'autres substances, les risques sont accrus.

Amphétamines

Les amphétamines ou "speed" sont des psychostimulants et anorexigènes puissants autrefois utilisés 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 stupéfiants depuis 1967 sous forme de poudre à renifler et parfois de comprimés.

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

Puissants stimulants physiques et psychiques, elles peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue et donner l'illusion d'être invincible.

La consommation d'amphétamines peut entraîner des crises de tétanie et d'angoisse. La "descente" d'une prise d'amphétamine peut induire un sentiment de découragement voire un état dépressif, entraîner une altération de l'état général du fait de la dénutrition et du manque de sommeil. Elle conduit à un état d'épuisement, à une grande nervosité et à des troubles psychiques (état délirant). Ces produits s'avèrent très dangereux en cas de dépression, de problèmes cardio-vasculaires et d'épilepsie.

Cocaïne

Longtemps cette substance a joui d'une image valorisante et valorisée à travers la littérature et les tendances culturelles, avec la réputation d'une faible dangerosité qui a contribué à sa popularité.

Reniflée, injectée en intraveineuse ou fumée, elle provoque une euphorie immédiate, un sentiment de toute-puissance intellectuelle et physique, une indifférence à la douleur et à la fatigue. Le manque se traduit par une déprime et une anxiété. Ces deux effets font de la cocaïne une des drogues les plus addictives : le désir d'en reprendre est très intense.

La cocaïne touche surtout les milieux aisés. Son usager est plutôt bien inséré, a fait des études et a souvent un emploi stable.

La cocaïne se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche, cristalline et sans odeur. Lorsqu'elle est "sniffée", c'est-à-dire aspirée par le nez, elle est appelée "ligne de coke" ; elle peut être aussi injectée par voie intraveineuse ou fumée, principalement sous forme de crack ou "free base". La cocaïne est parfois frelatée.

Elle provoque :

- une contraction de la plupart des vaisseaux sanguins. Les tissus, insuffisamment irrigués, reçoivent moins d'oxygène et, par conséquent, se nécrosent, notamment la cloison nasale avec des lésions perforantes chez les usagers réguliers ;
- des troubles du rythme cardiaque ;
- des troubles psychiques : une grande instabilité d'humeur, des délires paranoïdes (notamment au bruit) ou des attaques de panique ;
- une augmentation de l'activité psychique et, par conséquent, des insomnies, des amnésies et des phases d'excitation.

Une autre caractéristique de la cocaïne est de lever les inhibitions, ce qui peut conduire à commettre des actes de violence.

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

Excitant puissant, la cocaïne provoque une dépendance psychique importante. Il est difficile de sevrer les "forts" consommateurs de cocaïne, tant le besoin d'en reprendre est important. L'apaisement, même avec la consommation d'une autre substance, est très difficile.

Dérivé de la cocaïne : le crack

Le crack, appelé aussi cocaïne base libre ou "freebase", est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque présenté sous forme de petits cailloux. L'utilisateur en inhale la fumée après les avoir chauffés.

L'usage régulier de crack peut provoquer des hallucinations et des comportements violents, paranoïaques et suicidaires. Il entraîne :

- des dommages rapides au 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 (mains, lèvres...) liées aux pratiques de consommation.

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

Héroïne

C'est la "drogue dure" la plus répandue (il y aurait environ 160 000 héroïnomanes dans l'hexagone). Le "profil type" de l'héroïnomanes est celui d'un homme (3/4 des usagers) âgé en moyenne de 27 ans. Mais il faut tenir compte du fait que 62% des héroïnomanes sont, en pratique, polytoxicomanes.

Longtemps associée à l'injection par voie intraveineuse, l'héroïne est aujourd'hui fréquemment prise ("sniffée") ou fumée. Elle se présente sous la forme d'une poudre ou de granulés à écraser.

Cet opiacé puissant obtenu à partir de la morphine, provoque très rapidement l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase "comme dans un bain chaud". Cet effet immédiat de plaisir très intense est suivi d'une sensation de somnolence, accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque. Très addictive et marginalisante, l'héroïne provoque en cas de surdose (ou overdose) une insuffisance respiratoire pouvant aller jusqu'à la mort.

L'héroïne agit 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 du produit et la fréquence des prises.

La place accordée à cette consommation est telle qu'elle modifie la vie quotidienne de l'utilisateur. 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, agitation... La dépendance entraîne presque toujours des risques de désinsertion sociale importants.

La pratique de l'injection expose à des infections locales (abcès) lorsqu'une bonne hygiène n'est pas respectée. De plus, la mise en commun du matériel d'injection, et notamment de la seringue, expose à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida ou par des hépatites B et C. En cas d'injection, la réduction des risques nécessite d'utiliser des seringues neuves à chaque fois et un matériel de préparation strictement personnel.

Drogues de synthèse et hallucinogènes

LSD

Le LSD (de l'allemand Lysergesäurediethylamid) est un produit rarement expérimenté par les plus jeunes. Une dose de LSD se présente le plus souvent sous la forme d'un petit morceau de buvard porteur d'un fragment de 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 durent entre cinq et douze heures, parfois plus longtemps.

Le LSD ("trip", "acide") est un hallucinogène très puissant. Il entraîne des modifications sensorielles intenses parfois assimilées à un sentiment de lucidité extraordinaire, provoque des hallucinations et sensations spécifiques (impression de "voir" la musique...), des crises d'hilarité, des délires et une perte plus ou moins marquée du sens des réalités. Ces effets, mentalement très puissants, sont très variables suivant les individus et la dose. L'utilisateur peut se retrouver dans un état confusionnel pouvant s'accompagner d'angoisses, de crises de panique ("bad-trip") de paranoïa, de phobies, de bouffées délirantes. La "descente" peut parfois être très désagréable et générer un profond mal-être.

Poppers

Les poppers sont essentiellement consommés par les jeunes adultes comme stupéfiants depuis 1990, mais d'autres produits proches ne sont pas interdits. Ils se présentent sous la forme d'un petit flacon ou d'une ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu.

Ils peuvent provoquer une sensation d'euphorie, un étourdissement, éventuellement accompagnés de rires, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes.

Leur consommation peut faire apparaître des plaques rouges sur la peau, provoquer des vertiges ou des maux de tête qui peuvent être violents mais de courte durée. À forte dose, les poppers peuvent créer une dépression respiratoire, endommager les cloisons nasales. Une consommation régulière entraîne des anémies graves (baisse de la capacité des globules rouges à fixer l'oxygène ou diminution du nombre de globules rouges), des problèmes passagers d'érection, des gonflements du visage, des croûtes jaunâtres autour du nez et des lèvres. À forte concentration ces poppers provoquent des vertiges violents, voire des malaises.

Champignons hallucinogènes

Les champignons hallucinogènes ou "champignons magiques" ou encore mushroom, sont des champignons possédant des propriétés hallucinogènes dues à diverses molécules en fonction de leur espèce.

On peut distinguer trois groupes de champignons psychotropes :

- les champignons à action psychotonique qui induisent une psychostimulation et des modifications sensorielles modérées. Il s'agit surtout des amanites mais aussi le *Boletus manicus* ou le *Boletus reayi* ;
- les champignons à action psycholeptique dont l'effet est essentiellement hypnotique. On y trouve les *Lycoperdon* ;
- les champignons à action psychodysleptique ou champignons hallucinogènes qui appartiennent aux stropharia, conocybe et psilocybe. Leur effet est anxiolytique et hallucinogène.

Les produits et procédés considérés comme "dopants"

Ces produits sont susceptibles de modifier artificiellement les capacités d'un sportif. L'utilisation des substances dopantes présente un danger pour la santé des sportifs.

Certaines sont des produits illicites (cannabis, cocaïne, etc.) qui peuvent entraîner une dépendance chez le consommateur.

D'autres sont des médicaments : érythropoïétine (EPO), hormone de croissance, insuline...

Ces consommations entraînent des risques :

- la prise de sédatifs, bêtabloquants, produits d'éveil ou corticoïdes (en dehors d'un cadre strictement thérapeutique), provoque des risques physiques immédiats (problèmes cardiaques, vasculaires, respiratoires, digestifs, neurologiques ou psychiques) et peut entraîner une diminution des défenses immunitaires et une accoutumance ;
- la prise d'EPO peut causer des phénomènes d'hypertension et des accidents vasculaires graves ;
- la prise de diurétiques est à l'origine d'hypotensions brutales, de troubles musculaires, cardiaques et digestifs ;
- une administration prolongée d'hormones (hormones de croissance, hormones stéroïdes sexuelles anabolisantes) peut provoquer des effets secondaires néfastes (lésions tendineuses, claquages musculaires, hypertension, anomalies des caractères sexuels physiques et/ou psychiques chez les adultes, troubles du métabolisme du calcium, anomalie de la croissance).

La durée et l'intensité des effets varient suivant les produits, la quantité consommée et la régularité de la consommation.

Les autres formes d'addiction

Des grilles d'évaluation existent qui sont censées servir d'instruments de mesure objective de ces addictions. Aujourd'hui, le recours pathologique au jeu et aux achats compulsifs sont reconnus comme des addictions par les milieux scientifiques. Des grilles d'évaluation de l'addiction ont été élaborées pour tenter de la mesurer. Certains auteurs qualifient d'addictions d'autres comportements tels que la boulimie et la dépendance aux jeux vidéos voire l'abus de travail.

Addiction au jeu : les joueurs pathologiques

Une étude menée en France auprès des personnes consultant le service téléphonique "SOS joueurs" donne un aperçu de la population française des joueurs dépendants.

Il y a trois stades à l'addiction au jeu :

- le stade des gains,
- le stade des pertes (le joueur reste convaincu qu'il peut maîtriser le jeu et gagner de nouveau, "se refaire"),
- le stade du désespoir : une dernière tentative pour se refaire et puis la dépression.

Ce travail met en évidence une très forte sur-représentation des hommes (plus de 90% des sujets), un âge de 25 à 44 ans, la tranche la plus représentée étant les 40-44 ans. Une majorité de ces joueurs sont mariés, et ont des enfants. La plupart ne jouent qu'à un seul jeu, les femmes surtout aux machines à sous.

Une majorité de ces joueurs sont surendettés, et l'altération des relations conjugales est une conséquence fréquente. Près de 20% des joueurs ont commis des délits.

Achats compulsifs

Les achats compulsifs sont à l'origine d'un nouveau concept concernant les acheteurs pathologiques, le **buying spree**, phénomène de plus en plus amplifié avec le développement des ventes par correspondance et des achats sur Internet.

Manifestation de troubles psychiques, certains le comparent à une conduite addictive comme le jeu, d'autres à un trouble obsessionnel compulsif (TOC), d'autres à une conséquence de la dépression.

Addictions sexuelles

Décrites dans les années 1980, elles regroupent des comportements sexuels compulsifs, l'hyper sexualité et les troubles caractérisés par un désordre du contrôle des pulsions.

Le terme a été utilisé pour la première fois en 1983 par Patrick Carnes, psychologue américain pour rendre compte d'une dépendance avec ses critères traditionnels (perte de contrôle, poursuite malgré les conséquences négatives), vis-à-vis de n'importe quelle forme de sexualité.

La passion amoureuse, les engagements répétitifs dans des relations amoureuses aliénantes et destructrices sont aussi parfois cités comme une forme d'addiction

Boulimie

La boulimie signifie "faim de bœuf".

L'explication du phénomène pourrait être d'origine culturelle (diktat de la minceur), liée au narcissisme mais aussi à des relations familiales délicates, sans doute à des déterminismes multiples sociaux, familiaux, psychiques et biologiques.

Addiction au travail

L'addiction au travail (Workaholisme) peut être définie comme une relation pathologique d'un sujet à son travail, caractérisée par une compulsion à lui consacrer de plus en plus de temps et d'énergie et ce, en dépit des conséquences négatives sur sa santé, sur sa vie personnelle, affective, familiale et sur son entourage professionnel.

Ce nouveau phénomène que les Américains appelle workaholism, est décrit par les spécialistes comme la plus "propre" des addictions.

Ce phénomène est pris aujourd'hui très au sérieux dans certains pays (Japon) : des programmes de sensibilisation collective ont été mis sur pied. Des approches de prise en charge individuelle ont également été élaborées, reposant essentiellement sur des psychothérapies comportementales (évaluation des comportements au travail, repérage des facteurs déclenchants...).

L'ampleur du phénomène : quelques chiffres

Entre 3 et 5 millions d'européens (sur les 375 millions d'habitants de l'Union européenne) auraient consommé au moins une fois de l'**héroïne** dans leur vie. Le **cannabis** reste la substance illégale la plus fréquemment utilisée : des enquêtes récentes suggèrent que plus de 40 millions d'européens l'ont essayé dont un jeune de 15-16 ans sur cinq et au moins un sur quatre pour les 15-34 ans (rapport annuel 1999 de l'European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction).

Depuis 1970, le nombre de consommateurs de **substances psychoactives** aurait été multiplié par **dix ou vingt en France**. Et bien souvent, les consommations se cumulent. L'alcool et les médicaments font partie des substances les plus consommées en France

Nombre de personnes en France consommant régulièrement :

(données de 2003 publiées par l'Office français des drogues et des toxicomanies -OFDT, "régulièrement" signifiant 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours)

Médicaments psychotropes	3,8 millions
Cannabis	850 000

Un adulte sur cinq aurait consommé un **psychotrope** dans l'année (24% des femmes et 15% des hommes). La consommation se répartit équitablement entre anxiolytiques (7%), somnifères (7%) et antidépresseurs (6%). 4 millions de personnes sont des consommateurs réguliers (au moins un usage dans la semaine).

Le cannabis est de loin, parmi les **substances illicites**, la plus consommée. Plus d'un million de personnes en fument régulièrement et 500 000 tous les jours, en majorité des jeunes. La consommation des autres produits illicites reste marginale (toujours moins de 1% de l'ensemble de la population) et concerne surtout les jeunes. Environ 1,5% de ces derniers ont consommé de la cocaïne et/ou de l'ecstasy (en légère hausse) et 0,4% de l'héroïne.

Parmi les usagers de drogues, le **taux d'usagers dépendants** n'est pas le même pour toutes les drogues car certaines sont plus addictives que d'autres : 76% pour la cocaïne, 73% pour l'héroïne, 60% pour le tabac, 39% pour l'alcool, 26% pour les amphétamines, 23% pour le cannabis et 20% pour les médicaments psychotropes.

Les addictions aux substances psychoactives sont responsables en France de plus de 100 000 **décès évitables par accidents et par maladies**.

Pour ce qui est des **addictions sans substance**, il existe peu d'éléments statistiques. S'agissant du jeu, si, en 2000, près d'un Français sur deux a été client de la "Française des jeux" (pour 7,8 milliards d'euros de chiffre d'affaires) et six millions ont joué au PMU (+ 6,5% de chiffre d'affaires par rapport à 1999), il est impossible d'en tirer des conclusions sur la fréquence du jeu, et donc sur une éventuelle addiction. Elle existe pourtant à l'évidence, certains joueurs ayant été jusqu'à attaquer la Française des jeux après de grosses pertes aux jeux de comptoir. Les casinos étaient au nombre de 176 (premier rang européen devant la Grande-Bretagne) et tirent 80% de leurs ressources des machines à sous. Le taux de dépendance est de 1 à 3% de la population.

Pour ce qui est des jeux vidéo, il n'y a pas plus de quelques centaines de véritables cas d'addiction dans les centres de soins. Mais il s'agit d'une problématique émergente qui devrait à terme être de niveau comparable à la dépendance du jeu. Pour le moment, la tranche d'âge la plus concernée est celle des 15/25 ans.

L'**addiction sexuelle** toucherait 6% de la population aux Etats-Unis.

La **conduite d'acheteur compulsif** toucherait de 1 à 5% de la population, les femmes plus que les hommes, les jeunes plus que les vieux.

On estime à environ 1% de la population les personnes atteintes de **boulimie** dont 80% des victimes sont des femmes, plutôt dans les classes aisées et de culture occidentale.

II – Réglementation, plans de lutte et de prévention

La réglementation

La réglementation française, conformément aux normes internationales émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies (ONU), classe les produits dangereux en quatre catégories dans le code de la santé publique :

- les substances stupéfiantes (héroïne, cocaïne, cannabis...),
- les substances psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants...),
- certains médicaments,
- les substances dangereuses (éther, acide...).

La production, la distribution et l'usage de ces substances sont soit réglementés, soit, pour certaines, interdits à l'exception de l'usage médical.

La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, en appliquant les principes de protection de la société et du citoyen et en respectant les conventions internationales ratifiées par la France, prend en compte les objectifs de santé publique et repose sur trois grands principes :

- interdiction de l'usage,
- alternative de soins à la sanction d'usage,
- répression du trafic.

Plusieurs codes traitent de la problématique des stupéfiants, de leur consommation, de leur trafic...

Code pénal

Article 222-34

"Le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et de 750 000 € d'amende.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue au présent article".

Article 222-39

"La cession ou l'offre illicites de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

La peine d'emprisonnement est portée à dix ans lorsque les stupéfiants sont offerts ou cédés, dans les conditions définies à l'alinéa précédent, à des mineurs ou dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par l'alinéa précédent."

Code des douanes

Article 414

"Sont passibles d'un emprisonnement maximum de trois ans, de la confiscation de l'objet de fraude, de la confiscation des moyens de transport, de la confiscation des objets servant à masquer la fraude et d'une amende comprise entre une et trois fois la valeur de l'objet de fraude, tout fait de contrebande ainsi que tout fait d'importation ou d'exportation sans déclaration lorsque ces infractions se rapportent à des marchandises de la catégorie de celle qui sont prohibées ou fortement taxées au sens du présent code.

La peine d'emprisonnement est portée à une durée maximale de dix ans et l'amende peut aller jusqu'à cinq fois la valeur de l'objet de fraude soit lorsque les faits de contrebande, d'importation ou d'exportation portent sur des marchandises dangereuses pour la santé, la moralité ou la sécurité publiques, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des douanes, soit lorsqu'ils sont commis en bande organisée."

Article 415

"Seront punis d'un emprisonnement de deux à dix ans, de la confiscation des sommes en infraction ou d'une somme en tenant lieu lorsque la saisie n'a pas pu être prononcée et d'une amende comprise entre une et cinq fois la somme sur laquelle a porté l'infraction ou la tentative d'infraction ceux qui auront par exportation, importation, transfert ou compensation, procédé ou tenté de procéder à une opération financière entre la France et l'étranger portant sur des fonds qu'ils savaient provenir, directement ou indirectement, d'un délit prévu au présent code ou d'une infraction à la législation sur les substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants."

Code de la santé publique

Article L. 3421-1

"L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende.

Les personnes coupables de ce délit encourent également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.

Si l'infraction est commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, ou par le personnel d'une entreprise de transport terrestre, maritime ou aérien, de marchandises ou de voyageurs exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat, **les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende**. Pour l'application du présent alinéa, sont assimilés au personnel d'une entreprise de transport les travailleurs mis à la disposition de l'entreprise de transport par une entreprise extérieure."

Article L. 3421-4

"La provocation au délit prévu par l'article L. 3421-1 ou à l'une des infractions prévues par les articles 222-34 à 222-39 du code pénal, alors même que cette provocation n'a pas été suivie d'effet, ou le fait de présenter ces infractions sous un jour favorable est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

Est punie des mêmes peines la provocation, même non suivie d'effet, à l'usage de substances présentées comme ayant les effets de substances ou plantes classées comme stupéfiants.

Lorsque le délit prévu par le présent article constitue une provocation directe et est commis dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende.

Lorsque le délit prévu par le présent article est commis par voie de presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

Les personnes coupables des délits prévus par le présent article encourent également à peine complémentaire d'obligation d'accomplir, le cas échéant à leurs frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants."

Code de l'éducation

Article L. 312-18

"Une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'élèves d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs."

Code de la route

Article L. 235-1

I. - Toute personne qui conduit un véhicule ou qui accompagne un élève conducteur alors qu'il résulte d'une analyse sanguine qu'elle a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants est punie de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende.

Si la personne se trouvait également sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou réglementaires du présent code, les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 9 000 euros d'amende.

II. - Toute personne coupable des délits prévus par le présent article encourt également les peines complémentaires suivantes :

1° La suspension pour une durée de trois ans au plus du permis de conduire ; cette suspension ne peut pas être limitée à la conduite en dehors de l'activité professionnelle ; elle ne peut être assortie du sursis, même partiellement ;

2° L'annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis pendant trois ans au plus ;

3° La peine de travail d'intérêt général selon les modalités prévues à l'article 131-8 du code pénal et selon les conditions prévues aux articles 131-22 à 131-24 du même code et à l'article 20-5 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

4° La peine de jours-amende dans les conditions fixées aux articles 131-5 et 131-25 du code pénal ;

5° L'interdiction de conduire certains véhicules terrestres à moteur, y compris ceux pour la conduite desquels le permis de conduire n'est pas exigé, pour une durée de cinq ans au plus ;

6° L'obligation d'accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation à la sécurité routière ;

7° L'obligation d'accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

III. - L'immobilisation du véhicule peut être prescrite dans les conditions prévues aux articles L. 325-1 à L. 325-3.

IV. - Les délits prévus par le présent article donnent lieu de plein droit à la réduction de la moitié du nombre maximal de points du permis de conduire."

En outre, les articles 221-6-1, 222-19-1 et 222-20-1 du **code pénal** prévoient des peines pour les infractions commises par un conducteur ayant fait usage de stupéfiants.

Ce code prévoit six cas de circonstances aggravantes :

- mise en danger délibérée de la vie d'autrui,
- conduite sous l'emprise de l'alcool,
- conduite sous l'emprise de stupéfiants,
- conduite sans permis,
- excès de vitesse de plus de 50 km/h,
- délit de fuite.

ainsi que des peines complémentaires :

- retrait de points sur le permis de conduire,
- suspension du permis de conduire pour une durée de trois au plus,
- annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis pendant trois ans au plus,
- travail d'intérêt général,
- jours amende,
- interdiction de conduire un véhicule "sans permis" (voiturette, cyclomoteur).

Droit du travail

Contrairement à l'usage d'alcool, le Code du travail n'a pas prévu d'article de loi et donc pas de sanctions en ce qui concerne l'usage de stupéfiants sur le lieu de travail. Les articles R. 4228-20 et R. 4228-21 du Code du travail prévoient en effet qu'"aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu du travail" et qu'"il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse."

Cependant, la consommation de produits stupéfiants peut constituer un facteur aggravant de risque professionnel et il appartient à l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (art 4121-1 du Code du travail).

Le dépistage systématique de la toxicomanie ne pouvant se justifier que pour certains postes comportant de grandes exigences de sécurité et de maîtrise du comportement (*in circulaire du ministère du travail n°90/13 du 9 juillet 1990*), il appartient à l'employeur de lister les postes de travail à risque dans le règlement intérieur (art L.1321-1 du Code du travail).

La fiche n° 5 (législation sur les lieux du travail) du guide d'information, de prévention et de traitement des risques liés à l'alcool, publié par note de service du 20 mai 2008, peut fournir des éléments utiles à ce sujet.

Les plans de lutte et de prévention

La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 précitée, codifiée au livre IV de la troisième partie du Code de la santé publique, définit le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue. Elle **réprime l'usage et le trafic de stupéfiants**, en distinguant clairement ces deux aspects. Elle a été modifiée par la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, parue au Journal officiel du 7 mars 2007 (consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>), au titre de laquelle un usager de stupéfiants peut être contraint à se soigner ou se faire suivre par le juge d'instruction ou le procureur de la République.

Des plans de lutte contre les addictions ont également été mis en place pour répondre de façon globale à ce problème de santé publique majeur, notamment en ce qui concerne la prévention.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 relaye le plan de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) 2004-2008.

Le plan 2008-2011 a pour objectif de faire reculer les consommations de drogues illicites et les consommations excessives d'alcool en France. Il fixe trois orientations :

- prévenir les premières consommations et les usages des produits illicites ainsi que les abus d'alcool, en ciblant les jeunes, mais aussi en mobilisant leurs parents et les adultes qui les entourent,
- conduire une action résolue pour que l'offre des produits diminue de manière significative, notamment par la mutualisation et le partage des moyens de lutte entre tous les services en charge de l'application de la loi et la justice des Etats concernés,
- diversifier davantage la prise en charge sanitaire des usagers de drogues et d'alcool en ciblant particulièrement les populations les plus exposés et les plus vulnérables.

Ces orientations sont renforcées par :

- le développement de la recherche fondamentale et clinique pour que soins et prévention s'améliorent dans des proportions significatives,
- le développement de la coopération internationale,
- la mise en place d'un outil d'évaluation de l'efficacité des mesures du plan.

III – Prévention et traitement, aide au sevrage

Les structures de soin

La politique de soins en matière de lutte contre la toxicomanie résulte de la priorité donnée, depuis les années 1990, à la politique de substitution et de réduction des risques en améliorant la prise en charge des usagers de drogues, non seulement dans le dispositif spécialisé, mais aussi dans le dispositif général de soins :

- augmentation du nombre de places d'hébergement,
- amélioration de la prise en charge à l'hôpital,
- constitution de réseaux ville-hôpital-toxicomanie, associant les professionnels de la ville et de l'hôpital dans la prise en charge des toxicomanes.

Le système de prise en charge des toxicomanes relève de deux dispositifs distincts : le dispositif socio-sanitaire spécialisé et le dispositif hospitalier de droit commun.

Le dispositif socio-sanitaire spécialisé

Depuis 1992, toutes les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues illicites, financées sur fonds publics, sont rangées sous le terme générique de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), avec ou sans hébergement.

Les **cures de désintoxication** sont financées depuis le 1^{er} janvier 2003 par l'assurance maladie, dans le cadre d'une enveloppe globale de 134 millions d'euros.

Les **structures de soins en ambulatoire ou avec hébergement**, mises en place depuis les années 1970, assurent la prise en charge médico-psychologique et le suivi socio-éducatif des toxicomanes (aide à l'insertion et à la réinsertion). Elles sont gérées pour 60% d'entre elles par des associations et pour 40% par des établissements publics de santé.

Ces centres de soins doivent donc garantir :

- l'accueil,
- l'orientation et l'information des toxicomanes et de leur famille,
- le sevrage et son accompagnement lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier,
- le soutien à l'environnement familial.

Afin de mener à bien ces missions, ils élaborent un projet thérapeutique pour une durée de cinq ans qui fixe des objectifs thérapeutiques et socio-éducatifs et en précise les modalités de réalisation et d'évaluation.

Le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes est ainsi constitué par :

- **Les CSST en ambulatoire** : ils assurent l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consultations médicales, les soins infirmiers, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils proposent également un soutien aux familles, prennent en charge le sevrage en ambulatoire et le suivi du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution.
- Les centres thérapeutiques résidentiels et communautaires : ils ont pour objet de rétablir l'équilibre personnel et l'insertion sociale de leurs résidents, avec une prise en charge pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux...) et une forte implication de l'entourage.
- **Les appartements thérapeutiques-relais** : ce mode d'hébergement permet aux toxicomanes d'acquérir une plus grande autonomie, tant sur le plan sanitaire que social, pendant la période de sevrage ou de traitement de substitution.

- **Les structures d'hébergement de transition ou d'urgence** : elles accueillent les toxicomanes pour des séjours courts d'une à quatre semaines, pendant une période de transition (attente d'un sevrage, sortie de prison...) et comportent un accompagnement socio-éducatif et sanitaire.
- **Les réseaux de familles d'accueil** : l'accueil en famille, pour une durée qui peut aller du week-end à un séjour de neuf mois, vise à prendre en charge des toxicomanes dans un milieu qui leur donne la possibilité d'accéder à l'autonomie et de renouer avec une vie "normale".

Aux côtés de ce dispositif spécialisé, la prise en charge des toxicomanes dépendants est également assurée par les établissements hospitaliers.

Les addictions et les risques professionnels

Les consommations occasionnelles ou répétées de substances psychoactives sont également préoccupantes s'agissant de la santé et de la sécurité au travail.

En effet, elles peuvent mettre en danger la santé et la sécurité des salariés et, notamment, être à l'origine d'accidents du travail (modification de la perception du risque et/ou prise de risque, perte d'attention ou de vigilance, mise en danger du salarié lui-même ou de ses collègues...).

La prévention et la prise en charge des addictions sont donc nécessaires et elles doivent s'inscrire dans le cadre de l'évaluation des risques et de leur transcription dans le document unique prévue par le code du travail

Cette problématique de santé et de sécurité au travail doit passer par l'élaboration d'une démarche collective, sans négliger la prise en charge individuelle.

Tous les secteurs d'activité sont concernés. Cependant, certains secteurs ou postes de travail à fortes contraintes ont fait l'objet d'études spécifiques. C'est notamment le cas du travail posté, du travail de nuit et du travail isolé, des postes à responsabilités élevées, des postes à forte exigence en termes de vigilance (contrôle de processus sur les sites à hauts risques notamment, postes de surveillance ou de gardiennage), tout ce qui touche à la conduite ou au pilotage (transports, manutention, mécanique). Il semblerait notamment que les consommations de substances psychoactives soient plus élevées ou plus fréquentes chez les personnes qui sont affectées à des postes à risque.

Les fiches n° 6 (La prise en compte de l'alcool dans l'évaluation des risques), n° 7 (Aptitude médicale au travail en cas d'alcoolisme) et n° 9 (Alcool au volant) du guide d'information, de prévention et de traitement des risques liés à l'alcool, publié par note de service du 20 mai 2008 peuvent être transposées, sans difficulté, aux autres addictions avec produits.

La mise en place d'une démarche de prévention : élaborer une démarche collective sans négliger la prise en charge individuelle

Dans tous les cas, il est nécessaire de construire une démarche collective qui ne touche pas seulement les salariés qui ont un problème ou sont susceptibles d'en avoir un. Celle-ci sera d'autant mieux acceptée et appliquée que la direction et l'ensemble des salariés, des représentants du personnel et de l'encadrement auront été associés à son élaboration.

Comment construire une démarche collective concernant les addictions sur les lieux de travail ?

1. **Mettre en place un comité de pilotage** représentatif de l'ensemble du personnel, qui va élaborer la démarche et communiquer à toutes les étapes de l'avancement des travaux.
2. **Faire un constat préalable accepté par tous**, afin d'éviter tout déni possible :
 - tenir compte, par exemple, d'une pratique existante de prévention en matière d'addictions et de la culture générale de prévention des risques dans la structure, des habitudes culturelles notamment en matière de consommation, des conditions de travail, du vécu et de la perception des agents vis-à-vis des addictions en général,
 - dresser un bilan de "l'état social" de la structure et des outils de gestion des ressources humaines existantes,
 - évaluer le risque "addictions" dans la structure et l'inscrire, le cas échéant, dans le document unique.
3. **Construire en concertation une charte d'intervention**
 - définir précisément la conduite tenue par la structure pour tout ce qui concerne le suivi, la prise en charge, le retrait du poste et le dépistage ou le contrôle dans une situation où il y a mise en danger possible,
 - convaincre qu'il est nécessaire d'intervenir le plus tôt possible afin d'éviter des situations requérant des réponses lourdes ou complexes,
 - tirer profit des retours d'expériences et des pratiques d'autres structures pour affiner la démarche,
 - envisager, pour les petites structures, un regroupement pour des actions coordonnées.
4. **Déterminer ou clarifier les rôles de chacun dans la structure**
 - insister sur l'importance du rôle des premiers niveaux d'encadrement, du médecin de prévention, du comité d'hygiène et de sécurité (CHS), des agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO), des assistants sociaux, des infirmières dans les établissements d'enseignement, des inspecteurs hygiène et sécurité (IHS) et des structures de soutien collectif (services sociaux, groupes de parole ou de soutien...),
 - rappeler le rôle d'alerte que doit avoir chaque agent.
5. **Déterminer des signaux ou des indicateurs d'alerte et de suivi**
 - donner des outils pour permettre à chacun de déceler une situation nécessitant d'intervenir,
 - faciliter l'évaluation ou l'impact de la démarche mise en œuvre.
6. **Travailler avec des relais extérieurs expérimentés**

7. Préciser les démarches à adopter en cas de problème individuel

- définir quelles sont les conditions du retrait ou du maintien au poste,
- faire le point sur la façon dont sont gérées les urgences individuelles en rapport avec des consommations occasionnelles ou répétées,
- lister les relais externes qui assurent prise en charge et suivi,
- rappeler les obligations et les responsabilités de chacun.

Les clefs de réussite

- Impliquer tous les acteurs de la santé au travail et l'encadrement, avec appropriation de la problématique par la direction.
- Rappeler les rôles de chacun : tout le monde est concerné.
- Adapter le langage ou les approches à l'ensemble des salariés.
- Tenir compte des spécificités de la structure pour avoir une approche plus humaine et personnalisée.
- Rassurer sur la légitimité d'une approche collective.
- Rappeler qu'il s'agit d'une problématique de santé et de sécurité au travail et qu'il est nécessaire d'échanger pour construire ensemble une charte de bonnes pratiques.
- Convaincre qu'il est important pour chacun de lutter contre les attitudes d'évitement.
- Rappeler que poser des questions, aider ou accompagner une personne en difficulté n'est pas intrusif. C'est une manifestation d'intérêt, une main tendue et cela contribue à renforcer ou restaurer le lien social dans la structure.
- Rassurer l'ensemble du personnel sur l'absence de sanction encourue en cas d'appel au secours ou d'alerte.
- Bien expliquer la différence entre alerter et dénoncer.

Les écueils à éviter

- Rester dans une logique répressive ou de sanction.
- Intervenir en jugeant les comportements dits privés sans répercussion sur le collectif de travail.

La mise en place d'une démarche de prévention : assurer la promotion et la pérennité de la démarche

Dès lors qu'un discours collectif a été établi en concertation avec l'ensemble des acteurs de la structure, il est important de le faire connaître, de le mettre en application et d'assurer sa pérennité. Il est donc primordial de mobiliser, d'informer et de former.

Mobilisation de tous les acteurs

La direction et l'encadrement doivent être porteurs de la démarche mise en place : y croire, la défendre, la promouvoir et assurer les moyens de sa pérennité. Par ailleurs, ils doivent donner l'exemple : respect de la confidentialité, discrétion dans les interventions ou les mesures prises, organisation de "pots" sans alcool...

Le comité hygiène et sécurité (CHS), les représentants du personnel, le médecin de prévention et les structures de soutien collectif (assistants sociaux, groupes de parole ou de soutien) doivent être partie prenante de cette démarche.

Le médecin de prévention a un rôle spécifique à jouer : il est le détenteur des informations permettant le suivi de l'état de santé des agents et peut mettre en place des indicateurs pertinents pour évaluer l'évolution et les problèmes posés par des conduites addictives en milieu de travail (quantité consommée, fréquence de consommation, postes ou unités plus touchés que d'autres...), dans le respect de la confidentialité.

Tous les agents sont de même invités à "jouer le jeu", en acceptant et en appliquant les modalités d'intervention établies de façon consensuelle.

Sensibilisation et information

Il faut faire connaître, diffuser largement et tenir la charte établie au niveau de la structure à disposition de l'ensemble du personnel, y compris des nouveaux arrivés ainsi que de tous les travailleurs temporaires (contractuels à durée déterminée, prestataires extérieurs).

D'autre part, il est recommandé de rappeler régulièrement les rôles de chacun. Lors de ces rappels, il sera utile de faire connaître les numéros verts nationaux existants, ainsi que les sites Internet d'information "grand public".

Numéros verts et sites Internet d'information sur les addictions

Tabac info service	0 825 30 93 10
Écoute alcool	0 811 91 30 30
Écoute cannabis	0 811 91 20 20
Drogues info service	0 800 23 13 13
Site drogues et dépendances (MILDT)	www.drogues-dependances.fr

Pour connaître les autres sites d'information disponibles, notamment celui de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), consultez la liste des sites de référence en fin de dossier.

Formation

La formation des médecins du travail dans le domaine des addictions (actualisation ou acquisition de compétences) est un des objectifs du plan gouvernemental addictions 2008-2011.

D'autre part, afin de mieux faire comprendre les rôles à jouer et les responsabilités de chacun, la mise en place d'actions de formation, adaptées à chaque niveau d'encadrement de la structure, sera utilement envisagée pour l'encadrement, les représentants du personnel et les agents (par exemple, à base de jeux de rôle). Pour ce faire, la structure pourra faire appel à des structures extérieures spécialisées.

Les conduites à tenir

Afin de repérer les situations individuelles et savoir réagir, il est important que chacun dans la structure sache, après les avoir identifiées, réagir face à des situations individuelles susceptibles de mettre en danger un agent ou son entourage, suite à une supposée consommation occasionnelle ou répétée d'une substance psychoactive.

Certains indices peuvent permettre de repérer de façon précoce (avant qu'il y ait mise en danger) les personnes en difficulté, avec une possible consommation de substances psychoactives.

Il est important d'identifier les situations et de savoir réagir pour ne pas laisser une personne en difficulté.

Préconisations pour le personnel d'encadrement

- Etre attentif aux personnes fréquemment absentes ou en baisse de "performance".
- Informer ces personnes des possibilités de soutien au sein de la structure (médecin de prévention, responsable des ressources humaines, assistants sociaux ...) ou auprès de structures externes.
- Inciter la personne à aller consulter ou à se faire aider, en abordant éventuellement les enjeux professionnels, voire familiaux.
- Etre à l'écoute des personnes en difficulté, sans tomber dans l'hyperprotection.

Conseils pour le salarié en difficulté

- Ne pas rester isolé.
- Ne pas hésiter à évoquer ses difficultés avec le médecin de prévention qui pourra l'orienter vers un accompagnement ou une prise en charge adaptée.
- En parler à son entourage professionnel proche.

Dans les établissements d'enseignement

Un nombre important de textes émanant d'une part de la direction générale de l'enseignement et de la recherche (DGER), d'autre part du ministère chargé de l'éducation nationale, en matière de prévention sont à la disposition de l'ensemble des agents mais aussi des apprenants. Ces textes ont permis la mise en place d'une véritable politique de prévention et d'un dialogue constructif autour des questions d'addiction.

Tous les membres de la communauté éducative doivent être attentifs aux comportements d'addiction, notamment des apprenants.

La prévention est un travail de tous les acteurs des établissements de formation. Les politiques de prévention sont des éléments importants des projets d'établissement. La sensibilisation des personnels d'encadrement et la mise en place de commissions ou structures telles que "les groupes adultes relais" apportent des éléments de réponse et permettent un échange sur la construction de l'apprenant.

Les fiches n° 8 (Rôle de l'encadrement), n° 10 (Conduite à tenir face à une personne alcoolique chronique), n° 11 (Entretien de la hiérarchie avec une personne alcoolo-dépendante), n° 12 (Retour d'un agent sur son poste de travail) du guide d'information, de prévention et de traitement des risques liés à l'alcool, publié par note de service du 20 mai 2008 apportent des éléments en vue du traitement de situations d'addiction à l'alcool qui peuvent être transposés, sans difficulté, aux autres addictions avec produits.

Adresses utiles

Sites Internet	Numéros verts	
www.drogues.gouv.fr www.drogues-dependances.fr	Drogues info service	0800 23 13 13
Alcooliques anonymes http://www.alcooliques-anonymes.fr/	Ecoute alcool	0811 91 30 30
	Alcooliques anonymes	0820 32 68 83
Société Française d'Alcoologie http://www.sfalcoologie.asso.fr	Ecoute cannabis	0811 91 20 20
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) http://www.anpaa.asso.fr/index_flash.html		
Tabac info service http://www.tabac-info-service.fr	Tabac info service	0825 309 310
Tabac-Net http://tabac-net.aphp.fr		
Office français de prévention du tabagisme (OFT) http://www.ofp-asso.fr/action.htm		
Comité national contre le tabagisme (CNCT) www.cnct.org		