

S'il faut être attentif à l'état de la planète que nous léguerons à nos enfants, il est majeur de nous préoccuper de l'état des enfants que nous lui léguerons-

Lettre N° 21
Président Pr. J. Costentin
Editeur en chef Pr. J.-P. Tillement

L'ambivalence –Une caractéristique essentielle de l'alcool.

Professeur Bernard Hillemand

Membre de l'Académie Nationale de Médecine ; fondateur des structures d'alcoologie du C.H.U. de Rouen ; ancien membre du Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme ; ancien rédacteur en chef de la Revue de l'Alcoolisme.

Emettre sur l'alcool une proposition parfaitement exacte, puis une autre non moins vraie et qui est exactement son contraire est » monnaie courante ».

On peut par exemple formuler que le chômage favorise l'alcoolisme et qu'inversement l'alcoolisme favorise le chômage ; ces deux propositions apparemment contradictoires sont toutes deux exactes.

En clinique cette ambivalence, une des difficultés majeures de l'alcoologie, s'explique par les effets s'explique par les effets soit bénéfiques, soit nocifs de l'alcool. A titre d'exemple on se focalisera sur les effets psychotropes de celui-ci et l'on verra comment, initialement favorables ils conduisent finalement à des résultats catastrophiques chez certains consommateurs chroniques.

Initialement, c'est le simple usage – Le consommateur bénéficie du plaisir hédonique de boire, qui s'intègre souvent dans un plaisir gastronomique. Il bénéficie d'un effet lubrifiant sur la communication avec levée de la timidité, désinhibition. Tout peut en rester là. Mais le clavier des effets psychotropes est beaucoup plus large. Il réduit les tensions internes ; il gomme les soucis et les chagrins, il soulage la douleur morale, il donne la sensation de stimuler la créativité artistique et littéraire, il facilite l'évasion dans le rêve, etc... Toutes ces actions sont particulièrement appréciées par

l'inquiet, l'anxieux, le déprimé, le « mal dans sa peau » qui ressent et apprécie un bien être après la prise d'alcool. Il va dorénavant en faire une consommation préférentielle, en l'utilisant comme un véritable et fallacieux médicament, sans lequel il est mal à l'aise. C'est la « phase heureuse » de l'utilisation psychotrope de l'alcool ; elle finit hélas par conduire à des consommations dépassant les doses officiellement admises. Il n'y a encore aucun dommage pour l'individu, mais il se situe dans l'usage à risque, qui pourra déboucher sur

l'usage nocif, atteint quand apparaîtront des dégâts, bien souvent organiques ; concrétisant la prise de risques. Elle pourra aboutir aussi à l'alcoolodépendance, situation dramatique, avec l'impossibilité de s'abstenir d'alcool et l'incapacité de maîtriser ses ingestions.

En effet, au fil du temps, la tolérance à l'alcool s'est accrue et pour accéder à une même sensation de bien être il devient nécessaire d'augmenter la ration du produit. Il est devenu d'autant plus indispensable, qu'ambiguité supplémentaire, le « mal être » s'accentue sous son influence. Par exemple une coupure de la communication s'opère au lieu de sa facilitation, alors qu'agressivité ou violence peuvent se manifester.

On a quitté l'usage bénéfique et heureux de l'alcool médicament psychotrope fallacieux pour entrer dans le registre de l'alcool drogue dure, mais non illicite. Bientôt apparaîtront des difficultés familiales, avec divorce, perte d'emploi, retrait du permis de conduire, chômage, fin de droits, marginalisation puis la rue. L'alcoolodépendant est devenu un clochard. Il est séparé de sa famille, impécunieux, sans toit, mendiant pour acheter prioritairement sa ration d'alcool (vin rouge surtout), avant sa nourriture.

Ces quelques lignes avaient le double but : 1- montrer l'ambiguité des

problèmes de l'alcool, dont les effets bénéfiques peuvent être à l'origine de catastrophes du fait de la complexité des phénomènes en cause, que commencent à éclairer la neurobiologie ;

2- Au nom de cette ambiguïté, ne jamais conseiller délibérément la consommation d'alcool en arguant d'authentiques propriétés favorables et a priori bénéfiques de celui-ci

.Le taux de chômage, notamment chez les jeunes, est très en dessous de la moyenne européenne.

.La population suédoise est depuis toujours très sensibilisée aux problèmes de l'environnement et de la santé

.Un budget important est consacré en Suède à la lutte contre la drogues.

LE CANNABIS EN SUEDE

Dr. A.-J. Fabre

(Société Internationale d'Histoire de la Médecine)

Les toxicomanies existent en Suède comme dans tous les autres pays occidentaux.

Cependant, en ce qui concerne le cannabisme, la situation de la Suède est à bien des égards spécifique :

.Prise de conscience du problème dès les années cinquante.

.Mise en place très tôt, d'un dispositif légal bien étayé de prévention.

.Existence d'un consensus de l'opinion vis-à-vis de l'usage des substances addictives, avec refus de toute tolérance envers la production, le trafic et l'abus de ces substances. On pourra se rapporter sur ce sujet à un rapport du Parlement canadien sur la "Drogue en Suède" confirmant que la population suédoise voit majoritairement dans le cannabis "une drogue à risques"¹.

Il convient de souligner que la Suède a bénéficié de nombreux atouts dans sa lutte contre le cannabis :

.Sa situation géographique la met hors des circuits majeurs du trafic de la drogue.

.Les inégalités de revenus allant si souvent de pair avec le trafic des drogues, sont moins marquées en Suède qu'ailleurs.

Les grandes étapes de la lutte contre la drogue en Suède

L'abus de drogues était pratiquement inconnu en Suède jusque dans les années 1930 : en 1940 n'étaient recensés que 70 cas d'abus de drogues, principalement d'opiacés.

Les amphétamines apparurent en 1938 et, dès lors, s'observa un accroissement marqué de l'usage des drogues de tous types. Une

législation mise en place en 1939 concernant la prescription des amphétamines n'a entraîné qu'une éphémère stabilisation des ventes en pharmacie : en 1943, 4,6 pour cent de la population des 15-64 ans consommait des amphétamines...

En Juillet 1965, va se créer un Comité national des substances addictives, réparti en plusieurs sections : aspects législatifs, approches thérapeutiques, aspects techniques du diagnostic, questions sociales et prévention.

Dès 1965 un programme de prescription légale des drogues fut mis en place, en réponse à une campagne de presse menée par l'*Expressen*, le plus grand journal de Suède. Dans ce programme, des médecins se voyaient accorder le droit de prescrire des amphétamines ou de la morphine aux toxicomanes, dans le but de "réduire les risques de criminalité". Les utilisateurs fixaient eux mêmes leurs besoins et recevaient une "ration temporaire", avec option de renouvellement si nécessaire. Au total 4 millions de doses furent prescrites dans le nouveau programme. Très vite le système connut un « dérapage » évident : nombre de ceux

¹ Report on National drug policy in Sweden (The Senate Special Committee On Illegal Drugs)(Gérald Lafrenière, Law and Government Division)(2002)

qui distribuaient les drogues étaient eux mêmes d'anciens détenus et bien des excès furent commis. En fait, avec la mort d'une jeune fille par overdose de morphine et d'amphétamines, il fut mis un terme au projet dès 1967.

Après deux années d'expérimentation, un nouveau programme fut mis en place :

-Renforcement des moyens donnés à la police et aux services de douane pour lutter contre les drogues avec une coopération plus étroite de ces services sur le plan à la fois national et international;

-Droit d'écoute téléphonique, dans les suites d'une décision judiciaire, aux fins de démasquer le trafic des substances addictives, leur financement et le trafic de ces produits sur une grande échelle;

-Renforcement du dispositif pénal, faisant passer de 4 à 6 ans la peine maximale de prison dans les infractions graves à la législation des stupéfiants

--Coordination renforcée des services sociaux, des soins d'urgence et de la prise en charge en post cure.

-Contrôle de l'efficacité des mesures législatives

-Concertation avec les organisations de la jeunesse pour mieux informer des dangers des drogues

-Information du public sur les dangers de la toxicomanie;

-Renforcement des liens avec les différentes organisations internationales, en particulier, la Commission des stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies - dans le but de garantir une législation internationale dans le domaine des substances psychotropes, principalement amphétamine et cannabis

-Création d'un "Comité anti-drogué" rassemblant la Direction de la police nationale, le Bureau du Procureur général, le Procureur de la Cour suprême, le Conseil national de prévoyance sociale, le Conseil national des douanes et la Commission nationale de l'Éducation.

En 1969, un psychiatre célèbre, Nils Bejerot intervint pour dénoncer avec vigueur les risques de la prescription légale des drogues et obtenir un arrêt définitif de l'expérience de 1965. Il était le premier à se référer en ce qui concerne la drogue, au concept d'« épidémie »,

définissant la toxicomanie comme une « *maladie sociale contagieuse* ».

En 1969 était fondée « *l'Association pour une société sans drogue* »² qui a joué - et joue encore - un rôle important en Suède dans la lutte contre les drogues. L'Association dénonçait avec force les risques d'une "dépendance épidémique" chez les jeunes psychologiquement et socialement instables qui, après leur initiation par un toxicomane, voient dans la drogue un véritable défi à la société. A long terme, Bejerot envisageait la création de "villages thérapeutiques" destiné à prendre en charge les drogués pour prévenir la propagation de ce qu'il considérait comme un "phénomène contagieux épidémique".

Les efforts de Bejerot amenèrent en 1972 un renforcement de la législation sur la toxicomanie. En 1974, Bejerot fut l'un des 21 experts scientifiques consultés par le Sénat des États-Unis sur l'épidémie de cannabisme apparue aux Etats Unis et son impact sur la société Nord-Américaine.

Malgré tous ces efforts; le problème de la drogue ne prit pas fin pour autant en Suède mais si l'on considère l'ensemble des statistiques pour la période allant de 1971 à 2000, on constate dans la consommation de drogues en Suède un net repli chez les adolescents de 15 à 16 ans, avec un taux de prévalence passant de 15 à 6%³

Il est à souligner que l'opinion publique suédoise, malgré une forte pression de la part des "lobbies de la drogue", reste fortement hostile à l'idée de la drogue. A ce titre, le concept de "Salles d'injection" pour les drogués reste l'objet de fortes réserves de la part des responsables politiques et des municipalités: Ainsi en 2013, seules sont en activité les "Salles d'injection" de Stockholm et de Malmö. La grande cité du sud de la Suède, Göteborg,

² *Riksförbundet Narkotikafrött Samhälle* (Association for a Drug-Free Society)

³ *Rapport des Nations Unies "Sweden's successful drug policy : a review of the evidence Maria Larsson, Minister for Elderly Care and Public Health) (February 2007)(p. 26)*

a adopté une position nettement en retrait sur ce point⁴ (voir les annexes)

Le cannabis en Suède⁵

Comme dans tous les pays du monde, le cannabis est, en Suède, la drogue la plus largement utilisée. Néanmoins, selon une étude de 2006 de l'*Office des drogues et de la criminalité des Nations Unies*⁶, la Suède ne se situait, dans une liste de 40 pays européens, qu'au 34^{ème} rang en termes de "prévalence" du cannabis.

En 2004, une étude de l'*Eurobarometer*⁷, recueil d'études menées au sein de l'Union européenne, montrait que la proportion des sujets de 15-24 ans ayant consommé du cannabis un mois avant l'enquête n'arrivait à peine au quart des pays européens. En 2007, un rapport de l'*Office des drogues et de la criminalité des Nations Unies*⁸ a fourni les informations suivantes sur la situation en Suède pour la période 2000 à 2004 :

Place du cannabis parmi les drogues utilisées : cannabis : 16%; opiacés 58,5%; sédatifs 7,0%; cocaïne 6,5%; amphétamines : 8,5%

Lieu d'approvisionnement en drogues : discothèque ou bar : 8% (27% en Europe), rue ou espace public : 13% (23% en Europe), domicile du revendeur : 11% (21% Europe), lieu de scolarité : 7% (10% en Europe). On notera que, dans les lieux publics, l'accès au cannabis semble être, moins aisés qu'ailleurs en Europe.

Disponibilité déclarée du cannabis: une diminution nette a été observée en Suède au cours de la période allant de 1999 à 2003 : 26 % des élèves avaient déclaré en 1999 "très facile" ou "assez facile" de se procurer du cannabis, mais, en 2003, le chiffre est de 23 %. Dans les autres pays

⁴ Voir le document en annexe

⁵ UNODC 2006 World Drug report p. 24

⁶ Id.

http://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr2006_volume1.pdf

⁷ Site internet :

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb61/eb61_first_res_en.pdf

⁸ Rapport des Nations Unies "Sweden's successful drug policy : a review of the evidence Maria Larsson, Minister for Elderly Care and Public Health) (February 2007)(p. 26) (page 30)

d'Europe, durant la même période : la disponibilité du cannabis est passée de 29 à 35 %.

Consommation habituelle de cannabis chez les adolescents de 15 à 16 ans : en 2003 la prévalence annuelle était cotée à 5, taux bien inférieur à 16, taux de l'ensemble des pays européens.

De multiples études témoignent de ce que les Suédois ont pleinement conscience des risques du cannabis et il est depuis longtemps établi que la perception du risque est un facteur important : la consommation de drogues a tendance à être moindre dans les pays où les risques en sont pleinement perçus. Une étude comparative⁹ menée en 2012 dans trois pays, Suède; Finlande et Canada, sur l'image donnée au cannabis, met en évidence de profondes différences en ce qui concerne l'appréciation du risque lié à l'usage du cannabis : En Suède et en Finlande, la proportions de sujets n'ayant jamais essayé le cannabis est respectivement de 84,5% et 83,4%, bien plus élevée qu'au Canada (58,9%)

. Le risque de dépendance au cannabis paraît moindre au Canada (11,4%) qu'en Suède (27,1%) et en Finlande (31,8%)

. La perception de cannabis comme problème social est moins le fait du Canada que de la Finlande et surtout de la Suède,

. L'ordre de classement du cannabis dans les problèmes de société tel qu'il est vu dans les différents pays montre, là encore, des différences considérables : au Canada, le cannabis est classé comme le moins grave de 15 problèmes de société, en Finlande, le cannabis occupe une position intermédiaire (7e sur 15) mais en Suède, le cannabis est perçu comme l'un des plus graves problèmes actuels de la société (5ème sur 15).

Conclusions

⁹ Societal images of Cannabis use: comparing three countries (John A Cunningham, Jan Blomqvist, Anja Koski-Jänes and Kirsimarija Raitasalo (Harm Reduction Journal 2012, 9:21)

L'épidémie de cannabisme affecte, d'une manière ou d'une autre, tous les pays du monde mais en Suède, indéniablement, le taux d'agression par les drogues psychotropes est moins élevé qu'ailleurs.

L'efficacité de la Suède dans la lutte contre le cannabisme ne peut s'expliquer par les seules mesures autoritaires qui sont actuellement en vigueur mais, à l'évidence, par le consensus du pays en matière de drogue. La plupart des Suédois considérant en effet que le recours au cannabis est l'ultime refuge des plus défavorisés ou des plus vulnérables.

Pour l'ensemble de la Suède, chaque individu a droit à la prospérité, mais aussi au droit à la sécurité et à la santé. En ce qui concerne les problèmes de la drogue; comme dans bien d'autres domaines, le mot de « *solidarité* » garde, en Suède, toute sa force.

Annexes

"Stockholm News", 20 Décembre 2012

Stockholm va expérimenter un nouveau programme d'échange de seringues pour les toxicomanes.

Cela a été décidé ce jour par le conseil municipal. Tous les partis politiques, sauf les Modérés (parti Libéral-conservateur) étaient favorables à une période d'essai de quatre ans. Le but de l'opération est de réduire le risque infectieux, tel le VIH

ECAD (European Cities Against Drugs) 12 novembre 2007 (Forum de Göteborg des maires du monde(Göteborg Posten, Février 2009)

Selon un rapport de l'ONU la Suède a l'un des niveaux les plus bas en Europe de problèmes de drogue. Le pays dépense beaucoup plus dans la lutte contre la drogue que la moyenne des pays de l'Union Européenne. La Suède est un exemple de mise en application d'une politique anti-drogue à la fois restrictive et humaine. C'est pourquoi il est bon qu'au nom de l'UNGASS¹⁰, une ville suédoise, Göteborg, accueille la Conférence internationale des Maires.

Au fil des années, Göteborg a bénéficié d'une bonne coopération entre les autorités impliquées dans la lutte contre la drogue :

municipalité, services de santé, police, services des douanes, système pénitentiaire et ministère public notamment.

Un travail important d'aide sociale auprès des adolescents et des toxicomanes a été mis en œuvre depuis les années 1970 et 80. Un effort tout particulier a été fait pour maintenir dans la durée une prise en charge efficace de qualité.

Göteborg a toujours assuré le financement de tels programmes. Ainsi, lorsqu'en 1995, la consommation de drogues chez les adolescents s'est fortement accrue, la municipalité a tout de suite mis en œuvre quatre équipes spécialisées dans la prise en charge des jeunes des zones à risque.

La municipalité de Göteborg de même que tous les responsables politiques ont travaillé à tous les niveaux, au fil des ans pour mener contre la drogue une action à la fois restrictive et humaine. Leur attitude a toujours été de refuser les dispositifs d'échanges de seringues et les programme mal maîtrisés d'approvisionnement en drogues telles la méthadone ou le buprénorphine (*Subutex®*).

A l'inverse, les autorités de la ville ont toujours donné priorité au développement des liens entre prévention et travail social de proximité, au maintien d'une politique restrictive vis à vis des drogues, à garantir une haute qualité thérapeutique et assurer une communication efficace.

L'objectif global reste d'aider chacun des toxicomanes à recevoir le meilleur soutien possible pour s'affranchir de la drogue. Naturellement, ces mesures concernent tous les habitants de la ville concernés par ces programmes, leur assurant une prise en charge sociale, psychologique et matérielle efficace ainsi qu'une garantie d'accès aux soins médicaux.

¹⁰ United Nations General Assembly Special Session

Quel médecin ne se souvient d'avoir examiné un enfant grippé dans une chambre enfumée ?

Cela lui semblait si anachronique, qu'il requérait que soit mis fin à cet enfumage. Il peut maintenant le faire en s'appuyant sur des chiffres (Wilson et coll. J. Pediatr., 2012, 16-21 : *Secondhand tobacco smoke exposure and severity of influenza in hospitalized children*). Cette étude porte sur les conséquences chez l'enfant grippé, d'un tabagisme passif. Elle a comparé deux groupes de 120 enfants grippés, les premiers exposé à la fumée du tabac, les seconds ne l'étant pas : 30% de ces premiers ont nécessité des soins intensifs (contre 10% chez les seconds), ils ont nécessité 9 fois plus souvent une intubation, leur durée d'hospitalisation était augmentée de 70%. A parents fumeurs salut !

La « biture expresse » de l'adolescent d'aujourd'hui, peut faire le lit de son alcoolisme de demain.

S. Alaux-Cantin et coll. (Neuropharmacol. 2013 , 1-11 : " *Alcohol intoxications during adolescence increase motivation for alcohol in adult rats and induces neuroadaptations in the nucleus accumbens*") ont pratiqué chez des rats, à partir de l'âge de un mois (début de l'adolescence) ou de un mois et demi (fin de l'adolescence), pendant 15 jours, l'alternance, tous les deux jours, de la tempérance et d'une alcoolisations aigües (3g/kg). Ils ont constaté que les alcoolisations aigües pratiquées dans la phase précoce de l'adolescence, accroissaient ultérieurement l'appétence pour les boissons alcooliques. Cette appétence avait une signature neurobiologique dans le noyau accumbens (siège du phénomène d'addiction/dépendance) sous la forme de modifications de marqueurs (qui sont

modifiés dans l'alcoolisme) : immunoréactivité c-Fos après une prise d'alcool, modification de l'expression des gènes Penk et Sic6a4.

Les alcooliers savaient bien qu'il fallait piéger très jeune leurs futurs clients. Les Premix ont été conçus pour cela

In memoriam

Professeur Yves Laporte (1920 – 2012)

Le C.N.P.E.R.T. a la tristesse de vous faire part du décès du professeur Yves Laporte, survenu à Paris le 15 mai 2012. Le professeur Laporte avait adhéré à notre association dès son origine.

Le professeur Laporte avait été élu membre de l'académie des Sciences, en 1985, dans la section de biologie humaine et sciences médicales.

Ses principales recherches ont porté sur l'organisation fonctionnelle de la moelle épinière, l'innervation et les propriétés des différents types d'unités motrices qui composent les muscles striés et l'innervation sensori-motrice de capteurs sensoriels complexes situés dans ces muscles, les fuseaux neuromusculaires.

Il était professeur honoraire au Collège de France. Il en a été l'Administrateur pendant onze ans, (1980 à 1991). Il était Commandeur de la Légion d'Honneur, Grand'Croix de l'Ordre National du Mérite et Commandeur des Palmes Académiques.

Le CNPERT est très fier d'avoir compté parmi ses membres une personnalité aussi éminente du monde scientifique ; il exprime à sa famille ses très sincères condoléances.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

16, RUE BONAPARTE – 75272 PARIS
CEDEX 06
TÉL : 01 42 34 57 70 – FAX : 01 40 46 87 55

COMMUNIQUE

Salles de consommation contrôlée de drogues (« salles d'injection »)

Groupe de travail : J.F. Allilaire, J. Costentin, J.P. Gouillé, M. Hamon, X. Laqueille, M. Lejoyeux, M.C. Mouren, J.P. Olié (rapporteur), R. Nordmann, J.P. Tillement

Commissions 2, 5 et 6

L'Académie Nationale de Médecine réitère son opposition au projet d'expérimentation

En janvier 2011, l'Académie Nationale de Médecine¹, après plusieurs réunions, auditions d'experts et analyse des résultats des expériences à l'étranger, a indiqué son opposition à la création de salles de consommation contrôlée de drogues telles qu'elles sont actuellement définies. Cet avis s'est appuyé sur plusieurs arguments au premier rang desquels :

- les addictions aux substances psychoactives créent un état de maladie qu'il convient de traiter et non d'entretenir : priorité doit donc être donnée aux actions visant à aider le sujet dépendant à retrouver la liberté que la drogue lui a ôtée ;
- notre pays est doté de structures de soins aux toxicomanes facilement accessibles et en outre susceptibles de délivrer des produits de substitution à l'héroïne : l'efficacité de la politique de réduction des risques mise en œuvre en France (distribution de seringues, traitements de substitution) est attestée par une réduction massive de la contamination des usagers de drogues par le virus HIV (moins de 2% des nouvelles contaminations concernent des toxicomanes).

En France 140 000 personnes reçoivent un traitement de substitution par voie orale :

notre pays est au premier rang concernant cette offre².

Selon le rapport INSERM³ de 2010 ayant trait aux modalités de réduction des risques, 8 pays se sont dotés de salles d'injection contrôlée dans des contextes sanitaires et de politique de réduction des risques très différents des nôtres. Il n'est pas établi que les salles d'injection contrôlée aient un impact sur la consommation de drogues des usagers ou de la communauté.

L'Académie Nationale de Médecine souligne que la mise en place expérimentale de salles d'injection contrôlée serait d'un coût élevé : un tel projet ne devrait pas se faire au détriment des actions déjà entreprises et du soutien aux associations de bénévoles œuvrant contre les toxicomanies.

Regrettant que son avis de janvier 2011 n'ait pas été entendu puisque les pouvoirs publics affirment vouloir persister dans leur projet d'expérimenter la mise en place de salles d'injection contrôlée des drogues, l'Académie Nationale de Médecine redit avec netteté les obstacles à la mise en place d'un tel projet.

1-L'organisation de salles d'injection contrôlée de drogues ne saurait se concevoir sans les conditions de sécurité sanitaire nécessaires à tout acte d'injection :

- a-identification du produit injecté ;
- b-garantie d'asepsie ;
- c-disponibilité des moyens de réponse aux urgences vitales consécutives à l'injection.

2-Une telle expérimentation imposerait de satisfaire à certaines exigences éthiques et juridiques :

- a-Toute expérimentation suppose une méthodologie, des critères d'évaluation et un calendrier définis à l'avance ;
- b-la personne admise dans un protocole expérimental devrait bénéficier d'une information éclairée sur les risques encourus et il faudrait recueillir l'expression de son consentement ;
- c-les responsabilités des pouvoirs publics et des professionnels en cas de

complication médicale voire d'acte délictueux commis sous l'emprise de la drogue devraient être définies ; d-le risque de recours consécutif à l'injection de substances non inscrites à la pharmacopée ou à des posologies non répertoriées voire illégales devrait être pris en compte.

L'Académie de médecine réitère donc son opposition au projet d'expérimentation de salles de consommation contrôlée des drogues.

1 - Nordmann R. A propos d'un projet de création en France de « salles d'injection pour toxicomanes », Bull. Acad. Nle Med, 2011, 195, 203-204 en ligne dans <http://www.academie-medecine.fr>

2 - New Developments, trends and in-depth information on selected issues. National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France (2007 data). Office Européen des Drogues et toxicomanies, 2008: 100p

3 - INSERM Expertise collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Les éditions INSERM, Paris, 2010 :



Rouen
le 11
février
2013

Centre National de Prévention d'Etudes et de Recherches sur les Toxicomanies

« *S'il faut être attentif à l'état de la planète que nous léguerons à nos enfants, il faut l'être plus encore sur l'état dans lequel nous les léguerons à cette planète* »

Professeur Jean Costentin

Président du CNPERT
4 Place de la pomme d'Or
76.000 R O U E N

Monsieur Le Préfet

Pour effondrer le mur déjà bien lézardé de la prohibition du cannabis, des cultivateurs illégaux de cette drogue s'apprêtent, d'une façon concertée, à déposer dans les préfectures les statuts d'associations de loi 1901, ayant pour objet cette culture

-Au nom des très nombreuses familles touchées par le fléau de la drogue ;
-au nom de ces centaines de milliers de jeunes empêchés de poursuivre un cursus éducatif normal, du fait d'une consommation qui arrive en France au premier rang des 27 états membres de l'union européenne ;
-au nom de tous ces parents, épouses et orphelins, dont le fils, l'époux ou le père ont été tués sur la route à cause du cannabis (plus de 500 morts par an) ;
-au nom de toutes ces familles dont l'adolescent a été précipité dans le suicide, la dépression ou la schizophrénie, en relation avec sa consommation de cannabis ;
-au nom de tous ceux qui n'auront pas la vie sociale qu'ils auraient pu avoir s'ils n'avaient eu la faiblesse de s'adonner au cannabis ;

Le CNPERT s'est associé à une action concertée entre différentes associations anti-drogues, afin de déjouer la manœuvre de cultivateurs de cannabis, constitués en clubs, qui se proposent de déposer en préfecture les statuts d'associations loi 1901. Nos associations ont adressé aux préfets de différents départements une lettre identique à ou voisine de la suivante

bref, pour empêcher les malheurs que cette drogue, qui n'a rien de doux, peut apporter à ses consommateurs, à leurs proches et à la société toute entière ;

Nous avons l'honneur, Monsieur le Préfet, de vous prier instamment de refuser d'enregistrer les déclarations qui vont vous être faites, dans le cadre de la loi de 1901, avec pour but « de réguler collectivement la culture, la vente et la consommation de cannabis »

Il s'agit là en effet d'une opération montée par le tout puissant lobby international de la drogue, qui rajoute l'adjectif « social » à l'intitulé « cannabis clubs », pour franciser le titre. Il s'agit en l'occurrence d'une manœuvre de plus pour faire avancer la dépénalisation puis la légalisation de toutes les drogues.

Nous vous conjurons, Monsieur Le Préfet, de ne pas participer par votre enregistrement à une telle dérive.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Préfet, l'expression de notre haute considération.

Pr. Jean Costentin
(président du CNPERT)

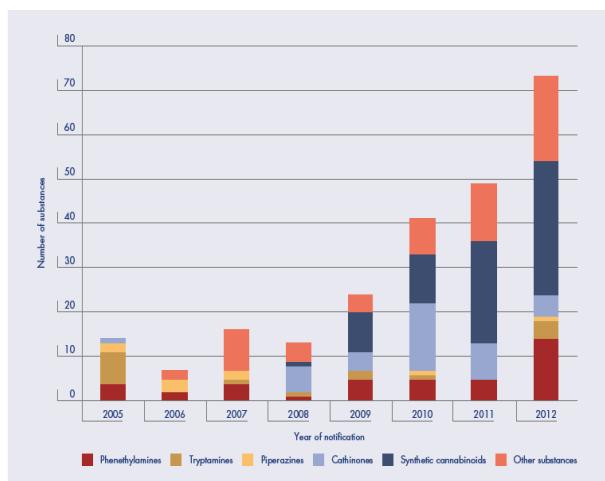
« toute association fondée sur une cause ou en vue d'un objet illicite, contraire aux lois (...) est nulle et de nul effet »

**Sitôt qu'on vient d'en sourire
on devrait en pleurer**

L'overdose, ne doit pas être confondue avec lover dose, car il s'agit d'une killer dose

Nouvelles drogues illicites sur le marché : Une inflation « galopante » !

Pr. Jean-Pierre Gouillé



Le 31 janvier dernier à Bruxelles l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) et Europol ont révélé dans leur rapport que 73 nouvelles drogues de synthèse ont été identifiées en 2012. Après 41, puis 49 nouvelles drogues répertoriées en 2010 et 2011, ce sont donc au total plus de DEUX CENTS substances illicites qui sont apparues sur le marché depuis 2005 ! Décidément l'imagination de chimistes empoisonneurs n'a pas de limite.

Il s'agit d'un marché en pleine expansion, dont le chiffre d'affaires est tout à fait considérable, facilité par les possibilités qu'offre Internet à ce vaste trafic international. L'EMCDDA a identifié en janvier 2012 près de 700 boutiques sur la toile. Provenant de marchés de gros situés en Chine et en Inde, puis importés en Europe où ils sont transformés, ces produits sont souvent proposés sur le marché comme des euphorisants légaux. Il est vrai que bon nombre d'entre eux échappent aux lois internationales en vigueur. Ils sont ensuite revendus en lieu et place des « drogues interdites », grâce à des stratégies de marketing sophistiquées

et agressives, n'hésitant pas à infiltrer des réseaux sociaux et à s'attaquer aux plus jeunes. Parmi ces nouvelles drogues psychoactives, certaines sont proposées sur le Net comme de simples médicaments, voire sous les appellations les plus fantaisistes de « sels de bains, d'encens, de plantes médicinales, d'engrais, d'ecstasy, d'amphétamines, de cocaïne ». Contrairement aux surdoses survenant avec de l'héroïne, de la cocaïne ou de l'ecstasy contre lesquelles les médecins sont bien formés, la prise en charge médicale des sujets présentant une intoxication avec ces substances aux structures chimiques très variées, ayant des effets inconnus et peu prévisibles pose de réelles difficultés quant au diagnostic et à leur prise en charge. Si aucune étude n'est encore disponible pour évaluer leurs effets sur la santé, 21 décès ont déjà été recensés depuis octobre 2011, en Europe avec la seule 4-méthylamphétamine.

Ce vaste trafic et la facilité d'accès à ces nouvelles drogues illicites est une source d'inquiétude, il constitue un réel problème et une menace pour la santé publique, face au grand nombre et à l'extrême variété de ces substances (plus de 200 depuis 2005) pouvant être à l'origine d'intoxications pour lesquelles les médecins sont démunis.

Le mardi 12 Mars 2013, à 11h30 dans les locaux de l'Association Famille de France, à Paris, se tiendra une **conférence de presse**, au cours de laquelle un **Collectif de Prévention des Toxicomanies (CPT)**, auquel s'est joint notre CNPERT, exposera son **opposition au calamiteux projet d'expérimentation des salles de shoots pour les toxicomanes**.

Ceci marquera le départ de l'opération de diffusion du manifeste dont nous vous avons donné connaissance dans la Lettre précédente (N°20) du CNPERT

Si nos prises de position rejoignent vos analyses et convictions, **rejoignez-nous** en vous abonnant d'abord au site du CNPERT:

Drogaddiction.com

Il est **gratuit**, sans spam.

Au moment où s'opère un changement de société, confinant à une révolution, ce changement doit-il favoriser les toxicomanies en tous genres ?

Plus nous serons nombreux à dire non, plus nous pourrons peser sur les décisions à venir et faire entendre la voix du bon sens et de la raison.

Consultez ce blog, n'hésitez pas à le faire connaître. Nous manquons de relais médiatiques et il ne peut compter que sur ses bénévoles;

Merci, à bientôt..... sur le blog

Et, peut être un jour, au plaisir de vous compter parmi les membres du C.N.P.E.R.T.