

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° 25 novembre 2013
Président Pr. J. Costentin
Editeur en chef Pr. J.-P. Tillement

L'Assemblée Générale 2013 du CNPERT se tiendra le mercredi **18 décembre**, de **15h à 17h** dans l'amphithéâtre de **l'Association Familles de France, à Paris**, place Saint Georges(IXème arrondt., Métro Saint-Georges, ligne 12).

Elle sera suivie entre **17h et 19h** d'une communication et de deux conférences :

- Dr. A. Fabre « Le cannabis dans l'antiquité »
- Pr. J.-P. Gouillé « les nouvelles drogues »
- Pr. J. Costentin « Pourquoi il ne faut pas dé penaliser l'usage du cannabis » .

Réflexions sur le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives ?

Pr. Jean Costentin

Le 19 septembre la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILD), a publié le plan gouvernemental 2013-2017, de la lutte, tous azimuts, qu'entend mener le gouvernement contre la drogue et les conduites addictives. Ne pouvant reproduire ici les 80 pages de ce plan, je me limiterais aujourd'hui, à restituer mes premières impressions. Un si gros pavé, en vrac, ne laisse d'impressionner favorablement, mais le diable pouvant se cacher dans les détails, ou dans les omissions, je me réserve d'affiner plus tard ce jugement.

Notre engagement, au CNPERT, étant particulièrement ciblé sur la jeunesse de notre pays, un fragment de phrase m'a beaucoup plu. « *De la petite enfance à la post-adolescence, la prévention des conduites addictives doit être conduite avec le souci constant d'empêcher, de retarder ou de limiter les consommations...* ». La suite par contre beaucoup moins, car elle affirme des choses qui n'ont, en France, jamais été faites ou très mal faites « *sans proposer de réponses hygiénistes ou moralisatrices, dont on sait qu'elles sont inefficaces* ».

La suite nous satisfait à nouveau « *Le seul interdit légal ne constitue pas un argument suffisant. Pour être compris, il doit s'intégrer dans une politique de promotion globale de la santé. Il doit surtout être accompagné d'un travail de renforcement des compétences psychosociales des jeunes et de celles de leurs parents. Dès que cela est possible, il faut aider les premiers à dire non, les seconds à ouvrir et maintenir le dialogue pour mieux fixer les limites*

Encore une phrase qui nous comble : « *Le constat est implacable, les consommations de substances psychoactives jouent un rôle dans la commission de nombreux crimes et délits, et les trafics qui les entourent menacent les citoyens et la société dans son ensemble. Dans une approche préventive, la puissance publique doit veiller avec la même exigence à l'application des lois qui protègent et de celles qui punissent ; des lois qui interdisent la vente d'alcool et de tabac aux mineurs et de celles qui sanctionnent l'usage de stupéfiants*

Cinq grands chapitres suivent, ils ont trait :

- 1- à la prévention, la prise en charge et la réduction des risques
- 2- à l'action en amont des trafics
- 3- à une meilleure application de la loi
- 4- au fondement de la lutte sur la recherche et la formation
- 5- au renforcement de la coordination des actions nationales et internationales.

Au chapitre 1, le monde professionnel n'est pas oublié

A cette lecture, mes yeux pétillaient, mais j'apprends alors, patatras, que comme pour se faire excuser de ces bonnes dispositions, le feu vert était donné à l'instauration de deux salles de shoots, en plus de celle déjà autorisée à Paris.

Je m'avais alors que dans cet épais pavé ne se trouvait nulle mention de l'usage des substituts de l'héroïne (méthadone et Subutex®) à doses dégressives, pour viser à l'abstinence. Je ne voyais rien non plus sur les actions à mener pour empêcher les détournements massifs de ces deux « médicaments » contaminant de jeunes toxicophiles qui n'étaient pas encore piégés par les morphiniques, et qui le seront par l'accès à ces

substituts, acquis à bas prix, auprès de ceux qui les ont obtenus aux frais de la S.S. Le silence m'est apparu complet quant aux « sevrages secs », sans substituts, dont on connaît, certes, la rigueur mais surtout l'efficacité pour éviter de replonger dans l'enfer de la drogue.

J'ai alors réalisé que les bonnes intentions et les objectifs affichés n'étaient pas assortis des actions précises à mettre en œuvre pour les atteindre. Si l'on fait appel aux mêmes acteurs que ceux qui ont accompagné le désastre français des toxicomanies, pour le réparer, il y a fort à craindre qu'ils en soient incapables. Albert Einstein exprimait son inquiétude de voir confier la résolution de certains problèmes à ceux là même qui les avaient créés. Les mêmes (qui) cause(nt) produisent les mêmes effets/méfaits...

Pour ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain, saluons les bonnes intentions affichées, soyons très attentifs à leur mise en œuvre et sans faiblesse pour dénoncer leurs insuffisances et leurs manquements.

Retrouvez, en temps réel, les infos que le CNPERT émet à votre intention en vous inscrivant (gratuitement) à son blog

« drogaddiction »

Quelques blagounettes

Pourquoi, fréquemment, avant de souffler dans un éthylomètre les myopes et les presbytes enlèvent leurs lunettes ? C'est pour que cela fasse deux verres de moins...

Les anglais, dans la lutte contre la drogue se veulent les pionniers. L'histoire le confirme à Rouen où, en 1543, ils ont brûlé 45 kilos d'une héroïne très pure

Entendue à Bruxelles :

« Il paraît que l'alcool tue chaque année 49.000 français ». « C'est pour cela que les plus riches viennent se mettre à l'abri en Belgique sais tu »

« Le Monde » ne s'applique même plus à ne pas paraître partisan. Il titre un dossier Science et Médecine, du 11 septembre

« Cannabis : un médicament en herbe ». examen critique par le professeur Michel Paris.

Le titre se veut humoristique, puisque le mot herbe désigne aussi le cannabis ! Le texte ensuite ne prend guère d'altitude, l'analyse faisant état de nombreux points sujets à caution et à discussion. L'ouverture est claire : « ...la France vient d'ouvrir la voie à son (le cannabis) usage thérapeutique contre les contractures de la sclérose en plaques (SEP). Peut-être la fin de la clandestinité ». Cet intérêt potentiel parfois allégué peut être mis en œuvre en France, hors la clandestinité, puisqu'il est possible d'y recourir dans le cadre d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU).

Un peu plus loin, il est question d'un médicament à base de cannabinoïdes pouvant être commercialisé d'ici 2015, ce qui contredit l'affirmation précédente. Il est ajouté : « alors que les usages thérapeutiques se multiplient, le corps médical reste divisé sur cette substance sulfureuse ». La première assertion est fausse, au mieux eut elle pu faire état d'hypothèses d'usages potentiels, ce qui invalide d'ailleurs la notion même de médicament ; qui ne sont pas des couteaux Suisse, multifonctions.

La suite touche au cœur de la cible : « Si l'AMM (autorisation de mise sur le marché) est accordée, ce qui semble probable compte tenu de la volonté politique affichée d'ouvrir le dossier du cannabis thérapeutique ». Elle révèle en effet un lien inadmissible entre l'AMM et la volonté politique. Un dossier de ce type a déjà été examiné par les experts de l'Afssaps, aujourd'hui ANSM, il a été refusé tout simplement à cause d'un mauvais rapport bénéfice-risque ! Il est question ensuite du niveau de remboursement d'un produit déjà commercialisé dans de « nombreux » pays : Canada, une vingtaine d'Etats américains, le Royaume Uni, l'Espagne, ce qui est peu eu égard aux presque 200 Etats du Monde !

Plus loin est signalée l'existence du décret autorisant la mise sur le marché de médicaments contenant du cannabis (sans doute un décret clandestin !) et une dérogation permettant

d'obtenir une spécialité le Marinol (THC synthétique) dans le cadre d'une ATU (« dispositif contraignant » est-il ajouté alors que ce dispositif est d'usage et obéit simplement à des règles normales de prescription, de distribution et d'utilisation).

Suit un paragraphe sur le nouveau produit en litige (Sativex^R, mélange de THC et de CBD) : garantie d'avoir été évalué, efficacité modeste mais significative sur les contractures de la SEP (efficacité modeste et action significative sont antinomiques !), effet bénéfique sur le sommeil, « effets psychoactifs » (ce qui ne veut rien dire ; effets psychiques peut-être) inexistant car faible teneur en THC (si c'est le cas, comment le produit peut-il être actif car c'est le THC est le principe actif et c'est la dose qui fait l'activité mais induit les effets secondaires caractéristiques d'une action au niveau du récepteur CB₁) ; il est rapporté des effets documentés sur différents types de douleur (il y a longtemps que l'on dispose d'études sur ce sujet) ; d'autres études « menées à des phases plus ou moins avancées « dans le glaucome (même remarque) et dans les psychoses avec le cannabidiol (la CBD n'est-il pas connu sans action à ce niveau). Plus loin, Il y a une « méconnaissance du corps médical du sujet au sein du corps médical », l'affirmation est gratuite vu le nombre énorme de publications lues et connues du corps médical.

Sont signalées ensuite plusieurs associations œuvrant pour le soulagement des patients grâce au cannabis et à ses dérivés avec des exemples de produits préconisés : fleurs (s'il s'agit de fleurs mâles, il n'y a pas de THC !) ; est préconisée aussi une teinture mère TM de CBD (quelle action ?) jusqu'à favoriser l'auto-culture de cannabis sur présentation d'une attestation médicale. Nous y sommes et malgré les cris d'orfraie poussés par tous ces défenseurs de médicaments validés, est enfin dévoilé le lobby industriel du cannabis où tout et n'importe quoi y figure au mépris de tous les travaux, études, essais et compilations qui ont épousé le sujet depuis des décennies et qui aboutissent toujours à la même conclusion consensuelle de la part des experts : des pistes intéressantes dans des domaines bien définis (douleurs chroniques, glaucome etc.) mais malheureusement, aux doses efficaces (en THC), beaucoup trop d'effets secondaires établissant de façon scientifique et indiscutable un mauvais rapport bénéfice/risques, sans oublier qu'il existe déjà sur le marché de

nombreux autres médicaments capables de rendre les mêmes service avec moins d'effets secondaires. Il a paru également convenable avec l'aide d'une ATU de soigner certains patients qui estimeraient qu'il s'agit d'un ultime recours.

Enfin, il existe plusieurs annexes dont le contenu est surprenant : l'existence du britannique GW Pharmaceuticals premier producteur légal de Cannabis, les cultures en serre servent à l'extraction des principes actifs (THC et CBD) et les allégations relevées plus haut sont répétées : s'agirait-il d'une publicité ? il est réaffirmé ensuite que les autorisations se multiplient dans plusieurs pays déjà cités : pourquoi cette répétition ? Enfin il est indiqué qu'en France, 12000 ha de pavot sont cultivés... pour l'extraction de morphiniques à usage pharmaceutique : quel rapport avec le cannabis ? un scoop qui date de l'après guerre pour nous libérer de la tutelle d'importation !

En conclusion, cet article constitue un énorme amalgame rempli de grossières erreurs et surtout de contre-vérités mettant en évidence sans le dire l'existence d'un vaste lobby commercial sévissant au détriment de la santé des patients que les professionnels sont censés soulager avec des médicaments validés et éprouvés comme il se doit.

Synthèse du rapport 2013 de l'Observatoire Français sur les Drogues et Toxicomanies Professeur Jean-Pierre Gouillé.

Tabac et alcool sont les substances psychoactives licites les plus consommées en France, et parmi les substances illicites, le cannabis est le plus fréquemment consommé : **En 2011, parmi les 11-75 ans, en France métropolitaine le nombre de leurs consommateurs réguliers [10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours, sauf pour le tabac (usage quotidien, était**
Pour le tabac : 13,4 millions
Pour l'alcool : 8,8 millions
Pour le cannabis : 1,2 million
Sources : Baromètre santé 2010 (INPES) ; ESCAPAD 2011 (OFDT) ; ESPAD 2011 et HBSC 2010 (OFDT).

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : l'importance du rôle tenu par le

cannabis et la place des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes (cinq verres en une seule occasion pour les jeunes, six pour les adultes). La proportion de consommateurs réguliers de cannabis est deux fois plus importante chez les jeunes de 17 à 25 ans que chez les personnes âgées de 26 à 44 ans. Parmi les personnes âgées de 45 à 64 ans, la consommation régulière de cannabis devient pratiquement inexisteante. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont incomparablement plus fréquentes chez les jeunes : 53 % d'entre eux déclarent au moins un épisode dans le mois, contre 36 % d'adultes ayant eu un épisode dans l'année. Le tabac est par ailleurs le produit le plus souvent consommé, quelle que soit la classe d'âge, mais tout particulièrement avant 45 ans.

 Évolution de l'expérimentation de cannabis, cocaïne, tabac et de l'ivresse alcoolique entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%) [1]

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
Cannabis	45,6	50,2	50,3	49,4	42,2	41,5	↗
Cocaïne	0,9	1,6	1,6	2,5	3,3	3,0	↘
Ivresse	56,4	55,1	55,0	56,6	59,8	58,5	↘
Tabac	77,6	77,2	77,0	72,2	70,7	68,4	↘

 Évolution de l'usage régulier de cannabis, alcool et tabac entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%) [1]

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
Cannabis	10,0	12,3	10,6	10,8	7,3	6,5	↘
Alcool	10,9	12,6	14,5	12,0	8,9	10,5	↗
Tabac	41,1	39,5	37,6	33,0	28,9	31,5	↗

La consommation de cannabis : les jeunes français se distinguent par une prévalence d'usage au cours du dernier mois la plus élevée d'Europe (24 %), niveau 3 fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des pays (7 %).

Chez les jeunes, la consommation est orientée à la baisse depuis le début des années 2000. C'est ainsi le cas pour l'usage au cours des 12 derniers mois des 18-25 ans et pour l'expérimentation ou l'usage régulier (10 fois dans le mois) chez les jeunes de 17 ans. La prévalence pour ce dernier indicateur a été divisée par deux (de 12 % à 6,5 %) entre 2002 et 2011 (tableau 3 ci-dessous). Même si ce mouvement a été moins prononcé entre 2008 et 2011 qu'auparavant, l'évolution au cours des années 2000 est incontestablement orientée à la baisse chez les jeunes. À la fin de l'adolescence, en 2011 comme en 2008, 41,5 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du

cannabis.

Tableau 3 - Usages de cannabis à 17 ans par sexe en 2011 (%)

	Expérimentation (1)	Usage dans l'année	Usage dans le mois	Usage régulier (2)	Usage quotidien
Filles	38,9	31,2	18,5	3,4	1,4
Garçons	44,0	37,8	26,3	9,5	4,5
Total	41,5	34,6	22,4	6,5	3,0

(1) au moins un usage au cours de la vie

(2) 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours

Note: Attention, les chiffres ne s'additionnent pas en ligne. Par exemple, les 1,4 % de filles qui consomment quotidiennement du cannabis font partie des 3,4 % qui ont un usage régulier. Elles-mêmes sont incluses dans les 18,5 % qui déclarent un usage récent, etc.

Sources : ESCAPAD 2011 (OFDT)

La France n'en demeure pas moins, en 2011, le pays avec la plus forte proportion de jeunes consommateurs de cannabis parmi les 36 pays ayant participé à la même enquête sur les consommations des jeunes lycéens en 2011.

Drogue illicite la plus répandue en Europe, le cannabis a été expérimenté par environ 77 millions d'Européens de 15 à 64 ans, soit environ un quart de cette population. La plupart des pays rapportent des niveaux d'expérimentation compris entre 10 % et 30 % et des niveaux d'usage au cours de l'année entre 3 % et 10 %.

La France appartient au groupe de pays où la prévalence au cours de l'année est la plus élevée : 8,4 % des 15-64 ans (contre 9,6 % pour l'Espagne, 8,9 % pour la République tchèque et 8,4 % pour le Royaume-Uni).

L'enquête ESPAD menée auprès des 15-16 ans montre qu'en 2011, ce sont les Tchèques qui ont la proportion la plus élevée de jeunes déclarant avoir expérimenté le cannabis, juste avant les Français (42 % contre 39 %). Concernant l'usage au cours du mois, les français se distinguent par la prévalence la plus élevée d'Europe (24 %), niveau trois fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des pays (7 %).

Même si le produit est majoritairement consommé dans l'Hexagone sous sa forme résine, l'herbe est de plus en plus prisée des consommateurs. La pratique de l'autoculture a pris de l'ampleur au cours de la dernière décennie : en 2010, 80 000 usagers déclaraient consommer uniquement le produit qu'ils cultivaient pour eux-mêmes. Dans le même temps, comme ailleurs en Europe, des trafiquants investissent dans des productions à grande échelle « cannabis factories » qui se développent sur le territoire.

Cocaïne : boom de la consommation de la cocaïne chez les lycéens français

À la faveur d'une disponibilité croissante et d'une baisse des prix, les usages de cocaïne se sont développés en France au cours des années 2000 (tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1 - Évolution de l'expérimentation de cocaïne chez les 18-64 ans entre 2000 et 2010 (en %)

	2000	2005	2010
Hommes	2,5	3,8	5,5
Femmes	1,0	1,3	2,2
Ensemble	1,8	2,5	3,8

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

La part des 18-64 ans ayant consommé de la cocaïne dans l'année a triplé au cours de la décennie, passant de 0,3 % à 0,9 %. L'évolution est semblable chez les jeunes de 17 ans : la part des expérimentateurs est passée entre 2000 et 2011 de 0,9 % à 3 % en raison de la banalisation de la drogue, d'une offre plus grande et des prix plus bas. La perception du produit a cependant récemment évolué : les consommateurs prennent davantage conscience des conséquences sanitaires négatives des usages sur le long terme et le rapport qualité/prix est jugé en dégradation.

Ecstasy (MDMA) et amphétamines :

La MDMA, dont la diffusion en France a suivi l'essor du mouvement festif techno, est en outre recherchée plus spécifiquement pour ses effets empathogènes. L'amphétamine, ou «speed», est un psychostimulant plus puissant se présentant sous la forme de poudre destinée à être sniffée, voire plus marginalement injectée. Elle est très présente dans l'espace festif alternatif où son moindre prix par rapport à la cocaïne, pour des effets relativement proches, lui assure une certaine popularité.

En 2010, 2,7 % des 18-64 ans ont expérimenté la MDMA (tableau 1 ci-dessous), soit un peu plus de 1 million de personnes, tandis que la consommation dans l'année ne concerne que 0,3 % de cette population. Les tranches d'âge les plus concernées sont les 26-34 ans (6,8 % d'expérimentateurs), ou les 18-25 ans (4,2 %) (Tableau 1 ci-dessous). Chez les jeunes de 17 ans, en 2011, l'expérimentation s'établit à 1,9 % et diminue sensiblement par rapport à 2003, où

elle concernait 3,2 % des jeunes de 17 ans (tableau 2 ci-dessous).

S'agissant de l'amphétamine, l'expérimentation ne touche que 1,7 % des 18-64 ans et atteint ses niveaux les plus élevés chez les 26-34 ans et les 18-25 ans, avec respectivement 3,1 % et 2,1 %. Parmi les jeunes de 17 ans, l'usage au cours de la vie est en baisse et concerne, en 2011, 2,4 % d'entre eux, contre 2,7 % en 2008 (tableau 2 ci-dessous).

Tableau 1 - Fréquence de l'expérimentation de l'ecstasy et d'amphétamine chez les 18-64 ans en 2010 (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Ecstasy/ MDMA	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1	4,0	1,4
Amphétamine	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2	2,2	1,3

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Tableau 2 - Expérimentation de l'ecstasy et d'amphétamine chez les 17 ans entre 2000 et 2011 (en %)

	2000	2002	2003	2005	2008	2011
Ecstasy	2,1	3,9	3,2	3,5	2,9	1,9
Amphétamine	1,0	2,0	1,8	2,2	2,7	2,4

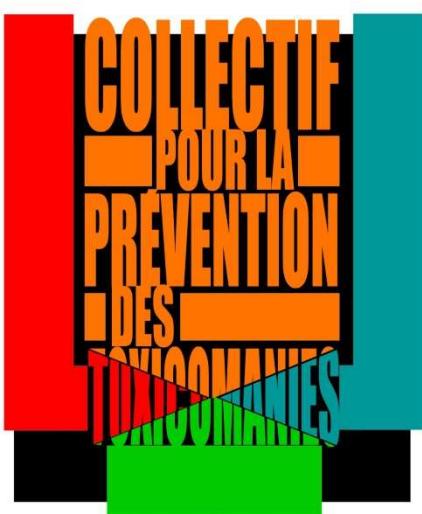
Source : Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

S'agissant de l'amphétamine, l'expérimentation ne touche que 1,7 % des 18-64 ans et atteint ses niveaux les plus élevés chez les 26-34 ans et les 18-25 ans, avec respectivement 3,1 % et 2,1 %. Parmi les jeunes de 17 ans, l'usage au cours de la vie est en baisse et concerne, en 2011, 2,4 % d'entre eux, contre 2,7 % en 2008 (tableau 2 ci-dessous).

Héroïne : un rebond des usages, mais un nombre annuel de décès par surdose (300 en 2010) stable depuis 2008.

Après une baisse consécutive à l'émergence des traitements de substitution aux opiacés, l'héroïne a connu une nouvelle phase de diffusion dans les années 2000. Parmi les 15-35 ans, la part de ses consommateurs dans l'année a quasiment doublé entre 2005 et 2010, passant de 0,5 % à 0,9 %. La proportion d'expérimentateurs d'héroïne, après une hausse entre 2005 et 2008, est en diminution chez les 17 ans. Elle concerne 0,9 % d'entre eux en 2011. En 2010, 1,2 % des 18-64 ans ont expérimenté l'héroïne et 0,2 % (soit 90 000 personnes) en ont consommé dans l'année.

Le nombre de décès par surdose des 15-49 ans est de 300 en 2010, stable depuis 2008, ce chiffre doit être rapproché des 73 000 décès annuels dus au tabac.



Communiqué du collectif d'associations pour la prévention des toxicomanies, réunies dans leur opposition aux « salles de shoots »

Le 23/10/13

Le Conseil d'Etat a rendu un avis négatif à la création de « lieux de consommation de drogue à moindre risque » décidée par le Premier Ministre et la Ministre de la Santé, la jugeant contraire à la loi.

Notre collectif s'était déjà exprimé en mars 2013 en dénonçant cette aberration et se réjouit de cette position qui souligne l'incohérence d'un tel dispositif.

Il réaffirme que ce projet, contrevient :

- **à la logique**, puisqu'il organise l'administration des drogues les plus dures à ceux qui en sont les plus gravement intoxiqués ;
- **à l'éthique médicale**, en impartissant à certains praticiens la mission de sortir du soin, pour assister la commission d'une intoxication, en la rendant plus confortable et de ce fait encore plus difficile à abandonner ;
- **à la sécurité**, en créant un environnement propice au dépassement des doses que s'administre le toxicomane ;
- **à la responsabilité**, n'assumant pas les overdoses, ni les forfaits auxquels pourraient se livrer les toxicomanes sous l'empire de la drogue qu'on vient de leur injecter dans ces salles ;
- **à la réduction des risques**, car le plus grand d'entre tous est la banalisation des toxicomanies et, partant, l'accroissement du nombre de ses victimes ;
- **à l'économie de la Santé**, en détournant à cette fin, dans cette période de restriction, des moyens importants, alors que la prévention est quasi inexistante et que les services conçus pour éviter cette extrémité (CAARUD, CSAPA) déplorent un manque de moyens ;
- **à la sincérité**, en présentant comme « expérimental » le projet parisien, alors qu'est annoncée déjà l'autorisation d'autres ouvertures ; en faisant croire que cela répond à la demande des riverains, alors qu'ils sont très majoritairement opposés à l'accueil de telles salles ; en indiquant que le toxicomane amènerait sa drogue et que le médecin assisterait à l'injection de produits non déterminés, éminemment adultérés, ni stériles, ni apyrogènes ; en faisant espérer le recul du SIDA, alors que la seringue n'est plus son vecteur.

Ce qui importe n'est pas de concevoir une nouvelle loi, mais de faire enfin une vraie prévention, de renforcer les dispositifs d'intervention sur la maladie grave provoquée par la drogue et de rejeter définitivement ce projet.

Professeur Jean COSTENTIN
Président du collectif,

Au nom de : ADELT 89 ; APT 85 ; Centre National d'information sur les drogues, CNID 28, CNID 32 ; Centre national de Prévention d'études et de recherches sur les toxicomanies (CNPERT) ; COMENCA 76 ; Fédération Familles de France ; Fédération Nationale de Prévention des Toxicomanies (FNAPT) ; Phare Enfant-Parents ; Le Phare 69, Familles face à la drogue ; Pour une jeunesse sans drogue ; Stop à la drogue ; CAAM

Collectif pour la Prévention des Toxicomanies
51 Boulevard Carnot – 59800 LILLE
COPRETOX - Tél. 06 61 54 93 64 – contact@copretox.fr