

MODULE 10

Introduction aux drogues et à la consommation de drogues

Objectif du module 10 [Diapositive 2]

Ce module a été développé dans le but de fournir des connaissances de base sur les drogues, l'usage de drogues et les usagers de drogues, étayant les autres modules de ce manuel de formation.

Objectifs d'apprentissage :

Les participants seront en mesure de :

- Analyser et évaluer la crédibilité des rapports et des campagnes de communication sur les drogues, la consommation de drogues et les usagers de drogues
- Définir et évaluer les différents types de preuves utilisées dans la recherche et les rapports et évaluer leur véracité relative
- Définir les drogues, l'usage de drogues, la dépendance aux drogues
- Décrire les différents types de consommation de drogues et leur importance pour les réponses politiques et thérapeutiques
- Identifier et comprendre les principaux types de risques ou de dommages liés à l'usage de drogues
- Examiner les évidences sur la « réhabilitation naturelle » et l'impact de ce type de traitement pour les usagers de drogues.

Introduction

Ce module débutera avec une discussion sur un non-dit évident, auquel nous sommes confrontés dans notre vie quotidienne : les distorsions émotionnelles sur les drogues et les usagers de drogues qui nous sont présentées dans les politiques et stratégies de drogues, et dans les communications gouvernementales et médiatiques.

Ce module de formation passe ensuite à l'examen des preuves disponibles pour déterminer la base de ces discours, leur validité et l'expérience objective et l'observation scientifique sur la réalité des drogues et des usagers de drogues.

SESSION 10.1: Constructions sociales autour des usagers de drogues (45 min)

SESSION 10.2: Histoires d'horreur et légendes urbaines (50 min)

SESSION 10.3: Utiliser une approche fondée sur des preuves (30 min)

SESSION 10.4: Les drogues et pourquoi les gens les consomment (60 min)

SESSION 10.5: Tendances de l'usage de drogues (60 min)

SESSION 10.6: Comment les drogues fonctionnent (60 min)

SESSION 10.7: Schémas ou types de consommation de drogues (45 min)

SESSION 10.8: Comprendre la dépendance aux drogues (20 min)

SESSION 10.9: Les risques et les dommages associés à l'usage de drogues (50 min)

Ce module comprend un large éventail d'exercices. Les formateurs sont encouragés à adapter ces matériels afin de mieux répondre aux besoins de formation des participants.

Le module ne présuppose aucune connaissance spécifique sur les drogues, l'usage de drogues ou les réponses aux usagers de drogues.

Comme chaque lieu de formation aura ses propres tendances et pratiques en matière de consommation de drogues, l'animateur devra rassembler autant de données et d'informations que possible dans la localité / le pays / la région où la formation sera dispensée :

- Tendances passées et actuelles de l'usage de drogues
- Les changements récents dans la disponibilité et l'utilisation de différents types de drogues
- Changements dans les méthodes d'administration des drogues
- Changements dans la démographie des usagers de drogues
- Changements dans les services fournis aux usagers de drogues.

Tout au long de ce module, l'animateur devra encourager les participants à partager leurs connaissances sur les circonstances locales de la consommation de drogues et à partager des sources fiables d'informations locales (rapports, fiches d'information, recherche, articles de revues, etc.) sur les drogues, l'usage de drogues, et les usagers de drogues.

MODULE 10

Session 10.1

Constructions sociales autour des usagers de drogues

 45 min

Notes pour l'animateur

Les termes «abus de drogues», ou simplement «abus», sont largement utilisés, mais leur signification peut varier considérablement. Dans les conventions internationales sur le contrôle des drogues, l'«abus» désigne toute consommation d'une substance contrôlée, quelle que soit sa fréquence. En psychiatrie, ces termes ont des significations très strictes et clairement définies, comme décrit dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2013). Cependant, ils sont souvent utilisés de manière imprécise. Pour cette raison, nous n'utiliserons pas ces termes et utiliserons plutôt les termes «usage de drogue» ou «dépendance aux drogues» au cours de cette formation.

Objectif – Comprendre comment les usagers de drogues sont représentés par les gouvernements, les médias et autres, et explorer les différentes raisons de cette construction sociale

1. Présentez l'objectif de la session [Diapositive 3].
2. Demandez aux participants de former de petits groupes de 4-5 personnes et demandez-leur de prendre 5 minutes pour trouver deux exemples différents de stigmatisation et de discrimination. Demandez-leur d'être aussi précis que possible sur chacun des deux exemples.
3. Demandez à chaque groupe de ne rapporter qu'un seul exemple, en allouant environ 3-4 minutes par groupe.
4. Présentez les informations ci-dessous et les diapositives correspondantes [Diapositives 4 à 11].

Informations à couvrir durant cette présentation :

Les constructions sociales entourant les usagers de drogues [Diapositive 4]

La « construction sociale » fait référence à la façon dont les différents groupes de la société sont représentés dans les reportages des médias, les images et le discours public. Les chercheurs en sciences sociales, Schneider et Ingram, ont décrit comment les constructions sociales¹ pouvaient être classées en quatre quadrants basés sur les deux dimensions du pouvoir politique et de la construction sociale. Autrement dit, un groupe spécifique peut avoir un pouvoir politique faible ou fort et une construction sociale positive ou négative. La perception sociale positive ou négative d'un groupe particulier ainsi que son pouvoir politique relatif déterminent le type d'interventions politiques qui leur sont destinées. Par exemple, les groupes perçus comme socialement positifs et ayant accès au pouvoir politique sont plus susceptibles de tirer profit des politiques. D'autre part, Schneider et Ingram ont déclaré : « les fonctionnaires infligent souvent des sanctions à des groupes négativement perçus qui ont peu ou pas de pouvoir, parce qu'ils n'ont pas peur de représailles électorales du groupe lui-même et le grand public approuve la punition des groupes construits négativement ».

Histoires de drogue : un récit commun [Diapositive 5]

Les usagers de drogues ont été socialement construits dans les médias, les rapports gouvernementaux et les politiques nationales comme des « fous furieux drogués et violents » pendant environ 150 ans, liant l'usage de drogues à des problèmes reliés à la race, au statut social et à la criminalité. Fait intéressant, les substances identifiées comme rendant les gens « fous furieux drogués et violents » ont changé plusieurs fois dans ces rapports. En outre, les groupes ciblés ont également changé à maintes reprises, bien qu'ils soient systématiquement des minorités ethniques et / ou des groupes socioéconomiquement défavorisés – c'est-à-dire les pauvres et relativement impuissants.

Exemple du récit « Péril Jaune » du 19ème siècle sur la drogue :

Ce qui est connu sous le nom de « péril jaune » était la menace représentée par les immigrants chinois qui, disait-on, devenaient fous en fumant de l'opium et kidnappaient les femmes blanches pour les transformer en esclaves sexuelles en les rendant dépendantes de l'opium.

Exemple de méthamphétamine « yama » puis « yaba » dans les années 1990 en Thaïlande :

La méthamphétamine est devenue de plus en plus utilisée en Thaïlande à partir du milieu des années 1950, généralement par les camionneurs de longue distance et les étudiants révisant pour leurs examens, afin de rester éveillés. Les pilules de méthamphétamine ont été appelées « yama », ce qui signifie « pilule de cheval », pour dénoter ses effets qui rendent l'utilisateur plus fort et endurant. Après quelques incidents violents révélés par les médias comme étant imputables à la consommation de drogues, notamment l'utilisation d'images d'un enfant ou d'une femme, pris en otage par un homme, le gouvernement thaïlandais annonça en 1996 que la méthamphétamine serait connue sous le nom de yaba, « drogue folle ».

Ces histoires peuvent sembler pittoresques ou même idiotes aujourd'hui, mais il y a aussi une certaine familiarité à leur sujet. Il y a un complot similaire [Diapositive 6] présent dans tous ces exemples, malgré les changements de temps et de lieu. Une personne consomme une substance et devient immédiatement irrationnelle, possède une force ou une endurance inhumaine et est soumise à des pulsions sexuelles violentes et incontrôlables. Dans ces histoires :

1. L'usager de drogues est généralement un homme, issu d'une minorité ethnique ou d'un groupe social marginalisé
2. La substance varie mais n'est pas celle qui est habituellement associée aux classes supérieures ou aux groupes socialement favorisés
3. Et les pulsions sexuelles violentes et incontrôlables sont généralement dirigées contre ceux que nous protégeons le plus, par exemple, nos enfants, nos mères et nos grand-mères.

Ces récits de drogue sont conçus pour susciter une forte réponse émotionnelle qui peut être facilement manipulée. En tant que tels, les auteurs de ces récits de drogue décrivent souvent les attaques envers des membres de notre famille ou de notre communauté qui sont les plus vulnérables et chéris, afin de susciter nos émotions primaires de peur, de colère et de rétribution.

Observons deux exemples supplémentaires, dans lesquels les motivations personnelles et politiques derrière les récits sont plus apparents. Les politiques prohibitionnistes peuvent bénéficier à des individus et / ou des organisations spécifiques. Par exemple, des augmentations substantielles du financement de l'interdiction, des saisies et des arrestations peuvent entraîner une augmentation substantielle du budget pour le personnel, l'équipement et les mises à niveau technologiques de certains organismes gouvernementaux. Si ces stratégies ou départements sont gérés sur la base de leur performance, alors une augmentation des arrestations et des saisies peut conduire à des bonus, des promotions et d'autres récompenses individuelles, ainsi qu'à de nouvelles augmentations des budgets départementaux.

Récits de drogue pour un gain politique / personnel (Exemple de Harry Jacob Anslinger) [Diapositives 7-8]

Harry Jacob Anslinger était commissaire adjoint au Bureau de la Prohibition des États-Unis à partir de 1929. Pendant la période d'interdiction de l'alcool aux États-Unis, Anslinger avait prétendu que le cannabis n'était pas un problème, ne faisait pas de mal aux gens et avait déclaré : « il n'y a pas d'erreur plus absurde » que l'idée que le cannabis rend les gens violents. Ses détracteurs affirment que, lorsque la

prohibition de l'alcool aux États-Unis prit fin, Anslinger avait besoin d'une nouvelle cible pour maintenir son ministère (et son financement) et maintenir son poste. Quand il commença à faire campagne contre le cannabis, il fut nommé commissaire du nouveau Bureau fédéral américain des stupéfiants. Anslinger est également crédité pour la promotion de l'utilisation répandue du terme « marihuana », précédemment appelé « cannabis » ou simplement « chanvre ». Sa présentation au public américain du nom mexicain « marihuana » (marijuana) durant sa campagne était une stratégie délibérée pour associer la substance aux migrants mexicains. Le dépliant d'information du gouvernement intitulé « Marihuana » sur la diapositive 7 montre des personnes qui s'injectent du cannabis. La recherche menée lors de la rédaction de ce module a été incapable de trouver une source fiable de preuve de l'injection de cannabis à travers dans le monde!

Les histoires de drogue comme un outil politique pour le contrôle social (Exemple de la guerre contre les drogues de Richard Nixon) [Diapositives 9-10]

Les politiques prohibitionnistes contre l'usage de drogues peuvent aussi avoir des motivations politiques. En 1971, le président américain Nixon inventa le terme « guerre contre la drogue »: «Pour mener une guerre efficace contre la dépendance à l'héroïne, nous devons avoir une coopération internationale. Afin d'assurer une telle coopération, j'entame une escalade mondiale de nos programmes existants de contrôle du trafic de stupéfiants ... »

Plusieurs années plus tard, après avoir purgé une peine d'emprisonnement, le chef politique du Président Nixon, John Ehrlichman, révéla dans une interview que la politique antidrogue américaine était politiquement motivée. Son but était de cibler et de persécuter les opposants politiques du gouvernement de Nixon. Ehrlichman déclara : « La campagne de Nixon en 1968, et la Maison Blanche de Nixon par la suite, avaient deux ennemis : la gauche anti-guerre et les Noirs. Vous comprenez ce que je dis ? Nous savions que nous ne pouvions pas rendre illégal le fait d'être contre la guerre ou les noirs, mais faire en sorte que le public associe les hippies à la marijuana et les noirs à l'héroïne. Et en criminalisant lourdement les deux, nous pouvions perturber ces communautés. Nous pouvions arrêter leurs dirigeants, faire des descentes dans leurs maisons, perturber leurs réunions, et les diffamer nuit après nuit aux nouvelles du soir. Savions-nous que nous mentionnons à propos des drogues ? Bien sûr, nous le savions ! »²

1. Schneider, A., & Ingram, H. (1993), 'Social construction of target populations: Implications for politics and policy'. *The American Political Science Review*, 87(2): 334-347
2. <http://edition.cnn.com/2016/03/23/politics/john-ehrllichman-richard-nixon-drug-war-blacks-hippie/index.html>

Histoires d'horreur et légendes urbaines



50 min

**Objectif – Identifier et questionner les histoires d'horreur et les légendes urbaines sur la drogue**

1. Présentez les informations ci-dessous et les diapositives correspondantes [Diapositives 12-14].

**Information to cover in this presentation:**

Les histoires d'horreur [diapositive 12] sont utilisées pour justifier et renforcer les préjugés. Elles visent à éviter les arguments rationnels, peut-être parce que ceux qui racontent de telles histoires savent qu'il est peu probable qu'ils gagnent un tel débat uniquement sur des faits. Elles sont conçues pour susciter une forte réaction émotionnelle. Elles impliquent souvent la violence et le mal contre les personnes les plus vulnérables de la société (par exemple les femmes, les enfants ou les personnes âgées). Ces histoires sont conçues pour déclencher l'indignation du public et des émotions qui peuvent être facilement manipulées. Lorsque les membres du public sont contrariés, choqués, offensés et en colère, ils peuvent être plus facilement conduits à accepter et défendre des politiques et des actions qu'ils ne soutiendraient normalement pas. Voici un exemple.

Missouri: Une baby-sitter sous méthamphétamine mange un bambin de 3 mois [Diapositive 13]

DÉCLARATION : Une baby-sitter du Missouri a mangé un bambin de trois mois pendant qu'elle était sous l'effet de méthamphétamines.

FAITS : Bien sûr, il n'y avait aucune vérité à l'histoire [Diapositive 14]

L'histoire est issue du « World News Daily Report », un site d'actualités qui publie depuis longtemps des histoires fictives et bizarres afin d'accroître le trafic basé sur le partage d'informations sur les réseaux sociaux. L'article a aussi prétendu de manière confuse que le bambin avait survécu à l'incident et, contrairement au titre, n'a jamais déclaré que la baby-sitter avait mangé une partie de l'enfant. Plus important encore, cette histoire date des années 1960. Dans ces nouvelles (pré-micro-ondes) antérieures, il a été signalé qu'une baby-sitter ayant consommé de la drogue a cuit par erreur le bébé dont elle s'occupait. Différentes versions de l'histoire ont attribué l'événement à différentes drogues, y compris le LSD et le cannabis.¹

**Notes pour l'animateur**

Les exemples présentés ici proviennent des États-Unis et d'autres exemples auxquels les participants pourraient plus facilement s'identifier et qui atteignent le même objectif pourraient être identifiés et présentés ici. L'animateur peut visiter les sites Web suivants pour trouver d'autres exemples [Diapositive 16]:

- Snopes: <http://www.snopes.com/>
- À propos des légendes urbaines: <https://www.thoughtco.com/urban-legends-4132595>
- Sophos: <https://www.sophos.com/threat-center/threat-analyses/hoaxes.aspx>
- F-Secure: <https://www.f-secure.com/virus-info/hoax/>
- VMyths: <http://vmyths.com/>

2. Divisez les participants en groupes de 5-6 personnes, et demandez-leur de nommer un preneur de notes / rapporteur.
3. Demandez aux participants de prendre 15 minutes pour sélectionner et discuter d'un exemple d'une « histoire d'horreur » ou d'une « légende urbaine » qu'ils ont découvert récemment dans leur pays / région. Encouragez-les à choisir une

histoire « proche de chez eux ». Demandez aux participants d'être aussi précis que possible sur les détails de l'exemple.

4. Demandez aux groupes d'aborder les questions suivantes pour l'exemple qu'ils ont choisi (Expliquez cependant que ces questions sont proposées comme guide de discussion et que les participants n'ont pas besoin de répondre à chacune d'entre elles) [Diapositive 15] :

- Quel était le message clé ?
- Par quels moyens le message a-t-il été communiqué (par exemple, le bouche-à-oreille, Facebook, le journal, la télévision) ?
- Qui a envoyé le message ?
- À qui le message était-il destiné ?
- • Quelle action et / ou quel résultat le message visait-il ?
- Qui a profité de l'action ou du résultat ?
- Quelles preuves soutenaient le message ?
- Quel était le niveau de crédibilité du message ?

5. De retour en plénière, demandez à chaque groupe de présenter son étude de cas aux autres participants. Allouez 5 minutes par groupe et laissez du temps pour les questions et commentaires après chaque présentation.

1. <http://www.snopes.com/babysitter-meth-eats-toddler/>

Session 10.3

Utiliser une approche fondée sur des preuves



30 min



Objectif – Examiner ce que l'on entend par « preuves » et ce qui est considéré comme une preuve crédible pour prendre des décisions concernant la politique des drogues et la prestation de services

1. Présentez l'objectif de cette session [Diapositive 17].
2. Expliquez qu'il est important que les politiques, stratégies, lois et services soient fondés sur des preuves scientifiques fiables. Il est également important que ces preuves soient générées par une source crédible et qu'elles soient de qualité, fiables et pertinentes à la situation spécifique.
3. Présentez les informations ci-dessous et les diapositives correspondantes [Diapositives 18-21]. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.



Informations à couvrir durant cette présentation :

Pourquoi les preuves sont importantes [Diapositive 18]

Pourquoi se préoccuper de créer, de trouver ou d'utiliser des preuves dans nos politiques et nos pratiques face aux drogues et à l'usage de drogues ? Une approche basée sur des preuves est essentielle car elle aide à :

1. Atteindre les meilleurs résultats possibles pour les usagers de drogues, leurs familles et leurs communautés
2. Veiller à ce que les ressources sanitaires soient utilisées efficacement en concevant et en mettant en œuvre les politiques et les soins les plus efficaces possibles
3. Travailler avec une attitude de recherche, en se demandant : « Pourquoi faisons-nous cela de cette manière ? » Et « Quelles preuves peuvent me guider pour obtenir de meilleurs résultats de manière plus efficace ? »

Établir une hiérarchie de qualité des preuves [Diapositive 19]

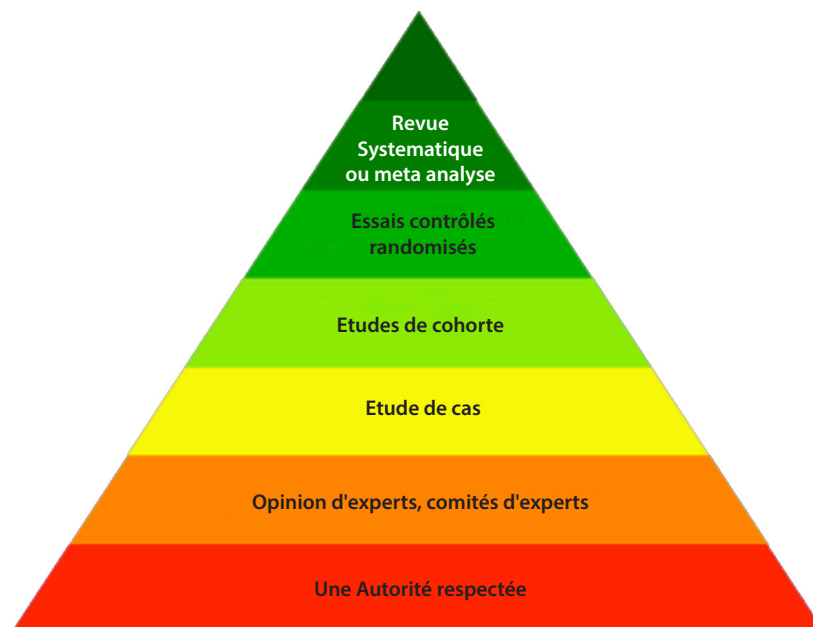
Il existe différents niveaux de qualité et de fiabilité des preuves. Lorsque vous recherchez des informations basées sur des preuves, vous devez sélectionner le plus haut niveau de preuves disponibles. Selon le sujet que vous étudiez, vous pourriez ne trouver que des revues systématiques ou peut-être quelques bonnes études de cas. Au fur et à mesure que vous progressez dans la pyramide, il y a moins d'études disponibles – et il est important de reconnaître que des preuves de haute qualité peuvent ne pas exister pour les questions qui vous intéressent. Si c'est le cas, vous devrez redescendre la pyramide si votre quête de ressources en haut de la pyramide échoue.



Notes pour l'animateur

Pour une lecture supplémentaire, voir:

- Winona State University, *Evidence-based practice toolkit*, <http://libguides.winona.edu/c.php?g=11614&p=61584>
- Glover, J., Izzo, D., Odato, K., & Wang, L. (2006), *EBM pyramid and EBM page generator* (New Haven, CT: Yale University)
- Greenhalgh, T. (2014), *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine* (John Wiley & Sons)



1. **Méta-analyse** : Une revue systématique qui utilise des méthodes quantitatives pour résumer les résultats.
2. **Revue systématique** : Les auteurs ont systématiquement recherché, évalué et résumé toute la littérature de recherche sur un sujet spécifique.
3. **Essai contrôlé randomisé** : Comprend un groupe randomisé de patients dans un groupe expérimental et un groupe témoin, les deux étant examinés pour les variables / résultats d'intérêt.
4. **Étude de cohorte** : Identifie deux groupes (cohortes) de patients, un qui a reçu l'exposition d'intérêt, et un qui n'en a pas reçu, et examine ces cohortes sur le résultat d'intérêt.
5. **Étude de cas-témoins** : Identifie les cas dans lesquels les patients ont le résultat d'intérêt et les compare avec les patients témoins qui n'ont pas eu le même résultat, et cherche des facteurs d'intérêt.
6. **Étude de cas** : Identifie les cas de patients qui ont le résultat d'intérêt et les patients témoins sans le même résultat, et recherche une exposition d'intérêt.
7. **Opinion d'experts, comités d'experts** : Les manuels, les encyclopédies et autres documentations fournissent souvent de bonnes bases ou une introduction et comprennent souvent des informations générales sur une condition. Bien que l'information de base présente un résumé pratique, il faut souvent environ trois ans pour que ce type de littérature soit publié.
8. **Une autorité respectée**, par ex. « Mes parents / enseignant / docteur a/ont dit ... »¹

Une autre considération clé lors de l'utilisation d'une approche basée sur des preuves est que, bien que le niveau de qualité de ces preuves soit important, ce n'est pas le seul facteur qui influence le succès de sa mise en œuvre en la pratique. La qualité de ces preuves est l'un des trois éléments clés suivants [Diapositive 20] :

1. Le niveau et la nature des preuves
2. Le contexte ou l'environnement dans lequel les preuves doivent être placées
3. La manière dont les nouvelles pratiques fondées sur des preuves sont introduites et le changement est facilité.²

Il est également important que les données que nous utilisons soient les plus récentes disponibles [Diapositive 21]. Même si l'usage de drogues existe depuis la préhistoire, la science entourant le traitement de la consommation de drogues est relativement nouvelle par rapport à de nombreux autres domaines de la santé. Il est donc probable qu'il y aura de nombreux développements dans nos connaissances et pratiques dans ce domaine à l'avenir. Les tendances

en matière de consommation de drogues, de politique des drogues et de traitement continuent d'évoluer et notre compréhension scientifique des facteurs physiques, psychologiques et sociaux qui influencent (ou sont touchés par) l'usage de drogues change continuellement. Parfois, des idées et des pratiques de longue date sont complètement bouleversées par de nouvelles et meilleures compréhensions. Il est donc impératif que nous restions à jour. Ceci est possible en examinant de manière critique notre pratique (par exemple, pour un prestataire de services de traitement de l'usage de drogue), en lisant des rapports, des lignes directrices et des recherches, en étant actif dans des réseaux professionnels, en accédant régulièrement à des sites Web et des blogues crédibles (tels que ceux des Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (Centres for Disease Control and Prevention), l'Organisation Mondiale de la Santé, et les associations professionnelles), assister à des conférences, des séminaires, des forums publics et d'autres événements, ou en suivant une formation continue via des cours et des webinaires.

« Les preuves cliniques externes invalident les tests diagnostiques et les traitements précédemment acceptés et les remplacent par de nouveaux, plus puissants, plus précis, plus efficaces et plus sûrs ».³

4. Expliquez aux participants que nous allons maintenant examiner une déclaration et la tester avec les preuves disponibles. Cela ne nécessitera pas une revue systématique – juste une simple vérification des faits.
5. Lisez la déclaration et l'introduction à l'article suivant du Washington Post [Diapositive 22] :

*« Lors de sa conférence de presse à la Maison-Blanche jeudi après-midi, le président Trump a déploré que 'nous devenons une nation infestée de drogue. Les drogues deviennent moins chères que les friandises'. Bien que la remarque ait été ridiculisée sur Twitter, il y a une bonne part de vérité. Les drogues illicites sont souvent incroyablement peu coûteuses, en particulier par dose ».*⁴

6. Demandez aux participants de comparer le prix des drogues dans le tableau de la diapositive 23 avec les barres de chocolat qu'ils connaissent, y compris le poids et le prix. Il n'est pas nécessaire d'être précis, un exercice de mémoire fonctionnera pour les besoins de cet exercice. Demandez à un volontaire d'écrire les réponses sur un tableau de conférence.
7. Concluez l'exercice en disant que, quelques mois après la publication de l'article original, le Washington Post a publié un autre article rétractant celui publié en Février. Le nouvel article comprend des données sur les prix des drogues et des friandises [Diapositive 24] : Bump, P. (17 février 2017), « Vérification politique : Les drogues ne sont pas moins chères que les friandises », *The Washington Post*⁵. Bien que les prix des drogues et des friandises varient en fonction du lieu et du moment, les offres de comparaison américaines sont un bon exemple de l'exagération de la déclaration initiale :

Drogue	Prix par once (~28g)	Barre chocolatée	Prix par once (~28g)
Héroïne	\$2,267	Hershey's	\$0.89 for 1.55 oz.
Cocaïne	\$1,700	Twix	\$0.89 for 1.68 oz.
Ecstasy	\$354	Toblerone	\$5.39 for 12.6 oz.
Methamphétamines	\$350	Kit Kat	\$1.39 for 3 oz.
Marijuana	\$125	Milky Way	\$0.89 for 2.05 oz.

1. Glover, J., Izzo, D., Odat, K., & Wang, L. (2006), *EBM pyramid and EBM page generator* (New Haven, CT: Yale University); Greenhalgh, T. (2014), *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine* (John Wiley & Sons);
2. Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998), 'Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework', *Quality and Safety in Health Care*, 7(3): 149-158
3. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996), *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* (British Medical Journal Publishing Group), p. 72
4. Ingraham, C. (16 February 2017), 'Trump is right – drugs are often cheaper than candy bars', Washington Post, https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2017/02/16/trump-is-right-drugs-are-often-cheaper-than-candy-bars/?utm_term=.66059d7740fa
5. Disponible ici: https://www.washingtonpost.com/news/politics/wp/2017/02/16/political-fact-check-drugs-are-not-cheaper-than-candy-bars/?utm_term=.9024ca5a77a9

Session 10.4 [Diapositive 25]

Les drogues et pourquoi les gens les consomment



60 min

Objectif – Avoir une compréhension partagée et fondée sur des preuves sur les drogues et les raisons qui poussent les gens à en consommer

1. Présentez l'objectif de la session [Diapositive 25].
2. Présentez l'introduction ci-dessous avec les diapositives correspondantes [Diapositive 26].

✓ Informations à couvrir durant cette présentation :

La consommation de diverses drogues semble être universelle, se produisant dans la plupart des cultures et à travers l'histoire, et « les gens ont écrit au sujet de la consommation de drogues psychoactives et des effets des drogues pendant au moins 6.000 ans... ».¹ Il semble qu'aussi loin à travers l'histoire de l'humanité que les anthropologues et les archéologues ont été en mesure de faire des recherches, dans différentes cultures, ils ont trouvé des preuves de l'usage de drogues à des fins religieuses, économiques, médicales ou simplement pour le plaisir.

Voici deux brefs exemples [Diapositive 26] :

- Des descriptions de cannabis à usage médicinal ont été trouvées dans les textes pyramidaux égyptiens du Royaume de la 5^{ème} dynastie de Memphis, il y a environ 4 365 ans et il y avait des prescriptions pour traiter diverses maladies telles que la migraine, les troubles gynécologiques et obstétriques.
- Un exemple ancien d'utilisation de champignons hallucinogènes a été observé sur une peinture murale d'une grotte datant d'environ 9 000 ans à Tassili, dans le sud-est de l'Algérie.²

3. Mener l'activité : **Pourquoi les gens consomment-ils des drogues ?** pour faciliter davantage de discussions entre les participants (20 minutes) [Diapositive 27]
 - a. Demandez aux participants de donner une raison pour laquelle les gens consomment des drogues. Expliquez qu'il n'y a pas de mauvaises réponses parce qu'il y aura différentes raisons pour différentes personnes, dans des circonstances différentes. Notez les réponses sur un tableau de conférence.
 - b. Présentez les informations ci-dessous, sous la forme d'une discussion interactive avec les participants.



Notes pour l'animateur

Cette activité peut faciliter les discussions et attirer l'attention des participants sur le sujet. Cela peut être fait sous forme de questions-réponses rapides avec les participants dans un grand groupe.

✓ Informations à couvrir durant cette présentation :

Les gens demandent souvent pourquoi une personne consommerait des drogues. En surface, cette question peut paraître simple et directe, mais c'est souvent une question lourde de valeur et pouvant être étayée par une ou plusieurs hypothèses. L'une des façons de tester cela est de simplement répondre : « Pourquoi pas ? » [Diapositive 28]

La réponse à cette question fait souvent ressortir certaines de ces hypothèses ou valeurs sous-jacentes, par exemple, lorsque les réponses sont les suivantes :

- « Parce que c'est mal »
- « Parce que les gens ne devraient pas consommer de drogues »
- « Ce n'est pas naturel »
- « Parce qu'elles te tueront ! »

Il y a probablement autant de raisons de consommer des drogues que d'usagers de drogues [Diapositive 29]. Les gens peuvent les utiliser parce que l'usage de drogues fait partie de leur culture ou sous-culture, parce qu'elles font partie intégrante de groupes sociaux ou d'activités sociales, parce que leur consommation améliore la performance de certaines activités, améliore les sentiments positifs ou souhaitables ou les états psychologiques, parce qu'elles diminuent les sentiments négatifs / indésirables ou les états psychologiques, empêchent les symptômes de manque par rapport à la dépendance, satisfont la curiosité ou simplement parce que c'est amusant.

- Les différents types de consommation de drogues et un modèle d'examen de la consommation de drogues (le « modèle bio-psycho-social ») seront décrits dans les séances suivantes de ce module. Mais d'abord, il est important d'établir ce que nous entendons par « drogue ». Pour illustrer ce point et faire

4. Mener l'activité : **Qu'est-ce qu'une drogue ?** (30 minutes) [Diapositive 30]

- a. Expliquez aux participants que le but de cette activité est d'examiner et de comprendre les interprétations communes du terme « drogue », et de parvenir à une compréhension commune du terme qui sera utilisé comme définition de travail pendant cette partie de la formation. Cela peut être fait en un grand groupe ou en petits groupes – mais gardez à l'esprit que plus les groupes sont petits, plus cette activité prendra de temps.
- b. Demandez aux participants de faire un brainstorm sur ce que nous entendons par « drogue » et de fournir des mots clés qui définissent « drogues ». Notez les réponses sur un tableau de conférence.
- c. Discutez avec les participants qui pourraient utiliser quelles définitions / mots clés et dans quel but (par exemple juridique, neurologique, pharmacologique, social, culturel).
- d. Sur la base de la discussion des idées des participants, montrez les diapositives 31-32 avec les définitions ci-dessous comme potentiellement utiles, mais expliquez qu'il n'y a pas de définition correcte unique de « drogue ». Si possible, rédigez une nouvelle définition basée sur les discussions, que tous les participants peuvent convenir et utiliser pour le reste de la formation.

✓ Informations à couvrir durant cette présentation :

La définition de « drogues » par l'OMS : « Dans l'utilisation courante, le terme fait souvent référence aux drogues psychoactives et souvent, plus spécifiquement, aux drogues illicites, dont l'usage non médical s'ajoute à toute utilisation médicale. Les formulations professionnelles (par exemple « alcool et autres drogues ») cherchent souvent à démontrer que la caféine, le tabac, l'alcool et d'autres substances utilisées couramment à des fins non médicales sont aussi des drogues, au moins en partie pour leurs effets psychoactifs ».³

Goode, 2006 : « Les drogues psychoactives sont des substances qui agissent sur le système nerveux central, affectent la fonction cérébrale et peuvent causer des changements temporaires dans la perception, l'humeur, la conscience et le comportement ».⁴

Les drogues qui affectent l'esprit sont souvent appelées psychoactives, c'est-à-dire qu'elles sont actives psychologiquement et affectent nos sentiments, nos pensées et nos comportements. Parfois, vous verrez ou entendrez les termes « substances » ou « substances psychoactives » être utilisés. Ces termes sont souvent utilisés sans le but d'être plus inclusif, car il y a beaucoup de composés chimiques qui ne peuvent pas être classifiés comme drogue mais qui sont utilisés par des personnes en raison de leurs propriétés psychoactives, par exemple, inhaler les vapeurs de dissolvants dans la peinture ou l'essence. Ce module ne couvrira que les substances contrôlées en vertu des conventions internationales sur le contrôle des drogues [Diapositive 32].

1. Goode, E. (2006). 'The sociology of drug use'. In C. D. Bryant & D. L. Peck (Eds.), *21st Century Sociology* (Thousand Oaks, California: Sage Publications), p. 416
2. Akers, B. P., Ruiz, J. F., Piper, A., & Ruck, C. A. P. (2011), 'A Prehistoric Mural in Spain Depicting Neurotropic Psilocybe Mushrooms', *Economic Botany*, **65**(2), 121-128
3. Organisation Mondiale de la Santé. (1994). Lexique terminologique de l'OMS sur l'alcool et les drogues. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/fr/
4. Goode, E. (2006). 'The sociology of drug use'. In C. D. Bryant & D. L. Peck (Eds.), *21st Century Sociology* (Thousand Oaks, California: Sage Publications)

MODULE 10

Session 10.5

Tendances de l'usage de drogues



60 min

Notes pour l'animateur

Le Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC est une publication annuelle qui analyse les tendances du marché et compile des statistiques détaillées sur les marchés de la drogue. L'utilisation de données permet de tirer des conclusions sur les politiques et les interventions en matière de drogues. Le Rapport mondial sur les drogues repose principalement sur les données soumises par les États membres de l'ONU dans le cadre du Questionnaire destiné aux rapports annuels.

Les États membres sont tenus de soumettre des données nationales sur le contrôle des drogues à l'ONUDC chaque année, même si, historiquement, le taux de réponse au questionnaire est faible. Si les informations fournies par l'État membre sont insuffisantes ou dans d'autres circonstances, l'ONUDC recherchera des informations auprès de sources supplémentaires fiables. L'ONUDC lui-même a noté qu'il y avait des limites à s'appuyer sur le questionnaire, notamment à cause de la difficulté de valider les données, les rapports de données irréguliers des États membres et les lacunes en matière de données.

Des efforts sont déployés pour normaliser et améliorer la fiabilité des informations fournies pour le rapport, notamment en renforçant la capacité de certains États membres à recueillir et à communiquer des données. Actuellement, le questionnaire est en cours de révision pour que de meilleures informations soient collectées.

Objectif – Comprendre où obtenir des informations précises sur l'usage de drogues, et quelles sont les tendances en matière de consommation de drogues

1. Présentez l'objectif de la session [Diapositive 33].
2. Présentez les informations ci-dessous ainsi que les diapositives correspondantes [Diapositives 34 - 37].



Informations à couvrir durant cette présentation :

Obtenir des informations précises sur l'usage de drogues [Diapositive 34]

Avant de commencer à discuter de l'usage et des tendances concernant les drogues, il est utile de prendre un moment pour examiner d'où proviennent nos preuves. Il est difficile de déterminer avec précision l'ampleur exacte de la production, de la distribution et de la consommation illicite de drogues. Le fait que ces activités soient illégales signifie que ces transactions sont dissimulées dans le marché noir, et que leur utilisation est secrète. Les usagers de drogues peuvent être réticents ou même craindre de révéler des comportements jugés socialement indésirables, immoraux, illégaux et où la détection peut entraîner une condamnation sociale, une arrestation par la police, un traitement obligatoire et / ou des sanctions pénales sévères.

La collecte de données peut être encore plus difficile dans les pays en voie de développement qui ne disposent pas de systèmes de surveillance sanitaire, de structures organisationnelles, de technologies informatiques et de personnel suffisamment formé pour collecter régulièrement des données de recensement, des données départementales et des services (du secteur public et privé). Il existe d'autres difficultés dans les pays où il est difficile d'avoir accès aux personnes vivant dans les zones rurales et reculées, à certains groupes ethniques ou dans des zones où il peut y avoir des conflits.

En conséquence, beaucoup plus de données sont généralement disponibles et publiées dans les pays développés sur la démographie, la santé de la population et surtout l'usage de drogues (par exemple, aux États-Unis, en Europe et en Australie). Par conséquent, tout au long de ce module, de nombreuses données seront tirées de sources des pays développés ou d'organisations mondiales telles que l'OMS ou l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC).

Tendances mondiales de l'usage de drogues [Diapositive 35]

Dans son rapport mondial sur les drogues de 2017, l'ONUDC estimait qu'un quart de milliard de personnes (estimation : 158 à 351 millions), soit environ 5% (1 sur 20) de la population adulte âgée de 15 à 64 ans, avait utilisé des drogues au moins une fois en 2015 :

- Le cannabis reste la drogue la plus consommée au monde
- Les amphétamines demeurent la deuxième drogue la plus couramment utilisée dans le monde et la consommation de Stimulants de Type Amphétamine semble augmenter en Amérique du Nord, en Océanie et dans la plupart des pays d'Asie
- Les opioïdes causent l'impact sanitaire négatif le plus important par rapport à toutes les drogues dites illicites.

De manière générale, la prévalence de l'usage de drogues est demeurée raisonnablement stable au cours des cinq dernières années [Diapositive 36].¹

Les différences homme/femme dans l'usage de drogues [Diapositive 37]

- Les hommes sont trois fois plus susceptibles que les femmes de consommer des drogues. Mais les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consommer illicitement des médicaments d'ordonnance, en particulier les opioïdes et les tranquillisants délivrés sur ordonnance.
- Les hommes sont plus de deux fois plus susceptibles que les femmes de souffrir de dépendance. Mais les femmes ont tendance à augmenter leur taux de consommation d'alcool et d'autres drogues plus rapidement que les hommes et peuvent progresser plus rapidement que les hommes vers la dépendance.
- Les hommes commencent généralement à consommer de l'alcool et d'autres drogues à un âge beaucoup plus jeune que les femmes. Cependant, au cours des dix dernières années, les femmes ont connu une augmentation plus rapide des effets négatifs de l'usage de drogues sur la santé que les hommes.
- Comme indiqué dans le chapitre thématique « Les femmes et les drogues » du Rapport annuel 2016 de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants, certaines de ces différences sont probablement dues à des facteurs biologiques et à l'influence de l'environnement social ou culturel.²

3. Animez une brève discussion (d'environ 15 minutes) avec les participants sur les tendances locales en matière de disponibilité et de consommation de drogues. Utilisez les points suivants pour modérer la discussion [Diapositive 38] :

- Tendances passées et actuelles de l'usage de drogues
- Les changements récents dans la disponibilité et la consommation de différents types de drogues
- Changements dans les méthodes d'administration des drogues consommées
- Changements dans la démographie des usagers de drogues
- Changements dans les services fournis aux usagers de drogues.

Encouragez les participants à partager (par e-mail, par exemple) des sources fiables d'informations locales (rapports, fiches d'information, recherches, articles de revues, etc.) s'ils ont accès à de telles informations.

4. Présentez les informations ci-dessous avec les diapositives correspondantes [Diapositive 39].

Notes pour l'animateur

Opioides : terme générique qui inclut les alcaloïdes produits à partir du pavot à opium (opiacés) et d'analogues synthétiques ou de produits pharmaceutiques tels que la méthadone, le Percocet ou l'Oxycontin (oxycodone), la Vicodin (hydrocodone), le Duragesic (fentanyl).

Opiacés : sous-ensemble d'opioïdes comprenant les divers produits dérivés de la plante de pavot à opium, y compris l'opium, la morphine et l'héroïne.

Notes pour l'animateur

Il peut être utile de demander aux participants de se renseigner sur les données / informations actualisées sur les drogues dans leur pays / région en marge de la formation, afin qu'ils puissent les partager avec le groupe – ou au moins évaluer si les données sont disponibles.

✓ Informations à couvrir durant cette présentation :

À l'échelle mondiale, environ 11% des personnes qui consomment des drogues, soit environ 29,5 millions de personnes (de 15,3 à 43,1 millions), souffriraient de dépendance et pourraient nécessiter un traitement. Cela représente environ 29 500 000 des quelque 250 000 000 d'usagers de drogues dans le monde.

Ces chiffres sont soutenus par d'autres recherches. Par exemple, une autre étude a montré qu'entre 13,9 et 53,4 millions de personnes consommaient des amphétamines, dont environ 17,2 millions (environ 11%) sont dépendants.³ Mais comme nous le verrons plus loin dans ce module, la dépendance aux drogues est multifactorielle et les taux de dépendance varient selon le type de drogue, la quantité, la fréquence et la période de consommation, la méthode d'administration, l'état physique et psychologique de la personne, et les circonstances sociales.

5. **Activité : Comment savons-nous ce que nous pensons savoir sur l'usage de drogues?** [Diapositive 40] (30 minutes) :
 - a. Divisez les participants en groupes de 5 à 6 personnes et demandez-leur de désigner un rapporteur et un preneur de notes. Expliquez que chaque membre du groupe devra se mettre dans la peau de différents groupes ou organisations de la société (par exemple les usagers de drogues, la police, le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, etc.)
 - b. Demandez à chaque groupe de réfléchir ensemble sur les raisons pour lesquelles il serait difficile d'obtenir des informations sur l'usage de drogues dans leur pays – et de les noter sur un tableau de conférence.
 - c. Demandez-leur de considérer :
 - Quelles informations ils pourraient vouloir ou nécessiter
 - Quelques différentes méthodes pourraient être utilisées pour collecter des informations
 - Quelles sont les forces, les faiblesses ou les limites de chaque méthode.
 - d. De retour en plénière, demandez à chaque groupe de présenter son travail et de faire un bref rapport sur l'une des méthodes discutées. Demandez à chaque groupe, si possible, de se concentrer sur une méthode différente. Prévoyez du temps pour les questions et les commentaires après chaque présentation (allouez environ 5 minutes par groupe).



Exemple de ce que les participants peuvent proposer

Méthodes à envisager pour la collecte de données sur l'usage de drogues :

- Enquêtes nationales auprès des ménages : les recenseurs choisissent au hasard les foyers à visiter pour interroger les gens sur leur consommation de drogues sous couvert d'anonymat
- Dossiers et rapports des services de traitement de la dépendance à la drogues
- Enquêtes auprès des élèves dans les écoles
- Dossiers fiscaux pour les cigarettes, le tabac, l'alcool
- Dossiers pharmaceutiques nationaux
- Études de recherche – pouvant inclure diverses approches telles que l'épidémiologie, la cohorte et les études de cas
- Recherches menées par les pairs sur les habitudes de consommation de drogues
- « Sources secondaires » - L'utilisation des informations implique l'examen des dossiers ou rapports pouvant contenir des informations liées à l'usage de drogues, même si les documents ont été conçus pour décrire d'autres événements, par ex. arrestations et saisies de drogue, accidents de la route, admissions à l'hôpital, services fournis dans les services de santé communautaires et / ou les services sociaux, audiences du tribunal, etc.

- e. Montrez la vidéo YouTube « **Brain on Drugs 1980's** (Cerveau sous l'emprise des drogues 1980) » (2 minutes 14 secondes, <https://www.youtube.com/watch?v=3FtNm9CgA6U>) par The Partnership for a Drug-Free America (Partenariat pour une Amérique sans drogues) [Diapositive 41]. Invitez les participants à commenter et à questionner la vidéo – facilitez le débat en posant des questions telles que « Dans quelle mesure pensez-vous que cette campagne de promotion de la santé est/a été efficace ? »

DEVOIR (Facultatif) [Diapositive 42]

Demandez aux participants de comparer le dernier Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC avec le rapport d'il y a cinq ans et le rapport d'il y a dix ans. Demandez-leur de noter quelles tendances ont changé, quelles tendances sont restées stables et quelles différences ils auraient remarquées sur la qualité des données et l'analyse entre les rapports. Les participants peuvent télécharger les publications ici :

1. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2017), *World Drug Report 2017 Global Overview of Drug Demand and Supply: Latest trends, cross-cutting issues (Vol. Booklet 2)*, https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_2_HEALTH.pdf
2. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *Rapport Mondial sur les Drogues 2013*, https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World_Drug_Report_2013_French.pdf
3. Office des Nations Unies sur le Contrôle des Drogues et la Prévention de la Criminalité (1999), *Global Illicit Drug Trends 1999*, https://www.unodc.org/pdf/report_1999-06-01_1.pdf

1. United Nations Office on Drugs and Crime (2017), *World Drug Report 2017 Global overview of drug demand and supply: Latest trends, cross-cutting issues (Vol. Booklet 2)*, (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_2_HEALTH.pdf
2. Ibid. See also: Organe international de Contrôle des Stupéfiants (2017), *Rapport Annuel 2016*, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/French/AR2016_F_ebook.pdf
3. McKetin, R., Kothe, A., Baker, A. L., Lee, N. K., Ross, J., & Lubman, D. I. (2017), 'Predicting abstinence from methamphetamine use after residential rehabilitation: Findings from the Methamphetamine Treatment Evaluation Study', *Drug and Alcohol Review*, doi:10.1111/dar.12528

MODULE 10

Session 10.6

Comment fonctionnent les drogues



60 min



Objectif – Comprendre les effets des drogues sur le cerveau

1. Présentez l'objectif de la session [Diapositive 43].
2. Présentez les informations ci-dessous et les diapositives correspondantes [Diapositive 44-46]



Notes pour l'animateur

Pour en savoir plus, voir:
Chiu, V. M., & Schenk, J. O. (2012), 'Mechanism of action of methamphetamine within the catecholamine and serotonin areas of the central nervous system', *Current drug abuse reviews*, 5(3): 227-242



Informations à couvrir durant cette présentation :

L'activité cérébrale est causée par des composants chimiques appelés neurotransmetteurs. Ces neurotransmetteurs sont libérés de l'extrémité d'une cellule nerveuse (neurone), voyagent à travers un espace microscopique (synapse) pour se fixer aux récepteurs sur la surface du neurone récepteur. Cela déclenche une transmission électrique dans cette nouvelle cellule et libère les neurotransmetteurs. Le processus se poursuit ensuite d'un neurone à l'autre, dans une zone particulière du cerveau [Diapositive 44].

Certaines drogues imitent les neurotransmetteurs, travaillant ainsi dans le cerveau parce qu'elles ont une structure ou une propriété similaire à un neurotransmetteur. En d'autres termes, la drogue agit dans le cerveau parce qu'il y a déjà dans le corps un produit chimique naturel qui est assez semblable à la drogue. Par exemple : les endorphines sont des neurotransmetteurs qui ont des propriétés similaires à celles des opioïdes, la norépinéphrine a des propriétés similaires à celles des amphétamines et le cannabis a des produits chimiques similaires aux cannabinoïdes produits dans le cerveau. Ces drogues modifient également les taux de nombreux autres neurotransmetteurs dans le cerveau, par ex. la dopamine ou la sérotonine. Ces produits chimiques peuvent déclencher la libération d'autres neurotransmetteurs. De cette façon, les drogues peuvent affecter les neurotransmetteurs qui contrôlent les processus de « plaisir et récompense » et d'« attaque-fuite » dans le cerveau – augmentant les sensations de vivacité, de sédation, de plaisir, etc. [Diapositive 45].¹

Il existe plusieurs types de neurotransmetteurs. Quelques exemples courants incluent : acétylcholine, catécholamine, dopamine, épinéphrine, acide gamma-aminobutyrique (GABA), glutamate, histamine, monoamines, noradrénaline et sérotonine.

Les drogues psychoactives fonctionnent habituellement des manières suivantes : [Diapositive 46]

- Elles induisent une activité dans le cerveau où il n'y en aurait normalement pas
- Elles augmentent ou amplifient l'activité cérébrale à des niveaux supérieurs à ce qui se produirait normalement
- Elles réduisent l'activité cérébrale normale à des niveaux inférieurs à ce qui se produirait normalement
- Ou elles inhibent l'activité normale dans une partie particulière du cerveau..

3. Montrez la vidéo YouTube « **Your brain on drugs: Marijuana** »² (Votre cerveau sous l'emprise des drogues: la marijuana) (2 minutes 14 secondes), [Diapositive 47]. Encouragez les participants à discuter de la différence entre cette vidéo et la vidéo précédente « Votre cerveau sous l'emprise de la drogue » montrée à la séance 10.4, en mettant l'accent sur ce qui fait un bon message de promotion de la santé.
4. Montrez la vidéo YouTube des années 90 : « **Ceci est votre cerveau sous emprise des drogues** »³ (2 minutes 14 secondes), [Diapositive 48]. Comparez et contrastez avec la vidéo précédente « Cerveau sous l'emprise des drogues » des années 80.
5. Présentez les informations ci-dessous avec les diapositives correspondantes [Diapositive 49].

✓ Informations à couvrir durant cette présentation :

Comment les drogues agissent-elles dans le cerveau [Diapositive 49]

Les drogues ne « font pas frire », ne « brouillent pas les protéines », ne « forent pas des trous » et ne vont pas « faire fondre » votre cerveau. Si elles avaient un tel effet, cela causerait un traumatisme physique massif et la personne mourrait très probablement sur le coup. « Très probablement », parce qu'il y a eu de rares cas où des personnes ont effectivement eu un trou dans le cerveau par accident (comme une tige d'acier dans le crâne) ou une blessure intentionnelle (par exemple un coup de feu) et ont survécu, mais pas sans encourir des dommages cérébraux, et devenant souvent les sujets de recherches à long terme par des équipes de neurologues.

Les effets des drogues sur le fonctionnement du cerveau se produisent par des changements subtils dans la chimie plutôt que par des changements physiques bruts. Les drogues modifient les niveaux existants de neurotransmetteurs. La consommation à long terme ou intensive peut donc réduire la disponibilité de ces substances chimiques du cerveau, par exemple en épuisant temporairement l'apport ou en réduisant les niveaux normaux de production de ces neurotransmetteurs par le cerveau.

La forte consommation de drogues à long terme peut entraîner des changements physiques dans le cerveau – selon certaines recherches, certains de ces changements peuvent être réversibles et d'autres pas. C'est comme conduire votre voiture avec votre pied appuyant l'accélérateur à fond – vous allez rapidement manquer de carburant. Par exemple, s'il y a trop d'un neurotransmetteur (ou d'une drogue qui agit comme un neurotransmetteur), alors le cerveau « commandera » aux neurones de réduire la production normale de ce neurotransmetteur. C'est ce que l'on appelle une boucle de rétroaction négative. Cela peut prendre beaucoup de temps (parfois des semaines, des mois ou même des années) pour que le corps rétablisse la production aux niveaux tels qu'ils étaient avant que la personne ne commence à consommer de la drogue.

6. Menez l'activité « **Malentendus à propos des scanographies cérébrales** » [Diapositive 50].
 - a. Expliquez que les scanographies cérébrales sont souvent utilisées dans les débats sur les effets de l'usage de drogues. Mais que montrent-elles vraiment et comment sont-elles interprétées ? Voici trois des types de scanographies cérébrales les plus courantes : la tomодensitométrie axiale assistée par ordinateur (TACO), la tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Ces scans sont des cerveaux sans anomalies.
 - b. La diapositive 51 montre 2 à 4 images de scanographies cérébrales. Animez une discussion en demandant aux participants ce qu'ils pensent que chaque image représente, c'est-à-dire lesquelles indiquent l'usage de drogues, d'autres types de troubles cérébraux et ce que les changements dans chaque série d'images peuvent signifier. Après cinq minutes, montrez les images avec les étiquettes découvertes. [Diapositive 52]
 - c. Présentez les informations ci-dessous. [Diapositive 53]

✓ Informations à couvrir durant cette présentation :

Les scanographies cérébrales peuvent entraîner divers types de malentendus. Par exemple, il y a eu des histoires circulant depuis que les scanners TACO, IRM, et TEP sont devenus disponibles dans le commerce et largement utilisés. Selon ces histoires, diverses drogues (amphétamines, méthamphétamines, ecstasy, et autres) créeraient des trous dans le cerveau des consommateurs.

Ces histoires sont souvent basées sur un simple malentendu mêlé à beaucoup de peur. Les images du cerveau provenant des scanners IRM montrent des zones de faible et haute activité, et des zones de flux sanguin cérébral supérieur et inférieur. Les zones de faible activité apparaissent généralement plus sombres que les zones d'activité plus élevée et peuvent même apparaître sur l'image en noir. Les gens qui ne sont pas formés à la lecture de ces images complexes et subtiles confondent parfois les zones sombres avec des « trous ». Ce n'est pas le cas !

Une faible activité dans certaines parties du cerveau peut indiquer de nombreuses circonstances différentes ou des « événements » cérébraux pas tous pathologiques. Une activité moindre peut se produire parce que la personne est fatiguée ; ou une activité plus faible, dans certaines circonstances, peut simplement indiquer une relaxation, qui peut être un signe positif et sain. En outre, une faible activité et des changements dans le flux sanguin dans le cerveau se produisent constamment, de sorte qu'ils n'indiquent pas nécessairement des changements permanents ou même stables. En fait, l'image peut surtout représenter l'état physique et mental de la personne au moment du scan.

Il y a encore beaucoup de débats en neurosciences sur ce que les scans du cerveau révèlent ou ne révèlent pas. Un de ces débats concerne la corrélation par rapport à la cause [Diapositive 54]. C'est-à-dire, si une image particulière apparaît quand une personne est en train de faire quelque chose ou a fait quelque chose (une tâche cognitive ou en prenant une drogue) à ce moment, par exemple :

- L'image a-t-elle été provoquée par cet événement ?
- Était-elle préexistante ?
- Cela a-t-il été causé par un facteur indépendant (comme la peur d'être immobilisé à l'intérieur d'une petite machine métallique bruyante qui émet des rayons X dans votre cerveau) ?
- Ou cela a-t-il été causé par un ou plusieurs autres facteurs qui se sont produits en même temps ?
- Dans le dernier cas, ces facteurs sont corrélés mais l'un n'a pas causé l'autre..

Il y a de nombreuses preuves montrant que les drogues peuvent changer la fonction du cerveau, mais aucune d'a révélé qu'elles foraient des trous dans le cerveau des gens⁴.

1. Chiu, V. M., & Schenk, J. O. (2012), 'Mechanism of action of methamphetamine within the catecholamine and serotonin areas of the central nervous system', *Current drug abuse reviews*, 5(3): 227-242
2. Disponible ici : <https://www.youtube.com/watch?v=oeF6rFN9org>
3. Disponible ici : <https://www.youtube.com/watch?v=LQsQbuNWmnE>
4. Racine, E., Bar-Ilan, O., & Illes, J. (2006), 'Brain imaging: A decade of coverage in the print media', *Science communication*, 28(1), 122-142. doi:10.1177/1075547006291990; Simon Oxenham (18 July 2016), 'Thousands of fMRI brain studies in doubt due to software flaws', *New Scientist*, <https://www.newscientist.com/article/2097734-thousands-of-fmri-brain-studies-in-doubt-due-to-software-flaws/>

Session 10.7

Les modèles ou types d'usage de drogue



45 min



Objectif – Comprendre les différents schémas et types de consommation de drogues, en particulier la dépendance aux drogues.

1. Présentez l'objectif de cette session [Diapositive 55].
2. Présentez les informations ci-dessous avec les diapositives correspondantes [Diapositives 56-59].



Informations à couvrir durant cette présentation :

Différents schémas de consommation de drogues [Diapositive 56]

Lors de la présentation des principaux schémas de consommation de drogues, il est important d'expliquer que la consommation de drogue ne doit pas être interprétée comme une progression inévitable d'un stade à l'autre. La plupart des gens vont expérimenter avec une ou plusieurs drogues à un moment donné dans leur vie et ne jamais devenir un consommateur régulier :

- **Abstinence** : Une personne qui n'a jamais pris de drogues (pour des raisons personnelles, religieuses ou de santé) ou quelqu'un qui avait l'habitude de prendre de la drogue mais qui a arrêté et ne veut plus en consommer.
- **Expérimental** : Certaines personnes essaient une drogue par curiosité ou parce que des amis l'utilisent. Cela peut être une fois ou pour une courte période de temps.
- **Récréatif** : Certaines personnes continuent de consommer de la drogue de temps en temps et dans des circonstances particulières, mais pas d'autres ; par exemple avec un groupe d'amis en particulier, à des types d'événements sociaux spécifiques, ou durant certains week-ends. Mais ils n'envisageraient pas de consommer dans d'autres situations, par exemple, au travail. Par exemple, les gens utilisent souvent du cannabis ou de l'alcool uniquement lorsqu'ils sont avec un groupe d'amis particulier, dans une situation sociale spécifique.
- **Instrumental** : certaines personnes prennent de la drogue pour accomplir une tâche ou un but. Quand ils ont atteint le but, ils s'arrêtent et n'en reprennent que lorsqu'ils sont dans une situation similaire. Un exemple courant est l'utilisation d'amphétamines pour rester éveillé lorsque l'on travaille de longues heures ou de nuit.
- **Dépendance** : Lorsqu'une personne a utilisé une drogue pendant une longue période et / ou a tendance à en consommer beaucoup et fréquemment, sa capacité à contrôler où, quand et comment elle en consomme peut diminuer. Elle peut avoir des envies et éprouver des symptômes de sevrage quand elle arrête d'en consommer.



Notes pour l'animateur

Encouragez les participants à lire l'intégralité de l'article publié par Gideon Lasco à la fin de cette présentation: Lasco, G. (2014), «Pampagilas : Methamphetamine in the everyday economic lives of underclass male youths in a Philippine port » (la méthamphétamine dans la vie économique quotidienne des jeunes hommes de classes marginalisées dans un port philippin), *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 783-788. doi:10.1016/j.drugpo.2014.06.011

Notes pour l'animateur

Encouragez les participants à lire l'intégralité de l'article publié par Gideon Lasco à la fin de cette présentation: Lasco, G. (2014), « Pampagilas : Methamphetamine in the everyday economic lives of underclass male youths in a Philippine port » (la méthamphétamine dans la vie économique quotidienne des jeunes hommes de classes marginalisées dans un port philippin), *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 783-788. doi:10.1016/j.drug-po.2014.06.011

De nombreuses personnes peuvent modifier le modèle de consommation de leur drogue d'une fréquence et d'une intensité plus élevées à plus faibles [Diapositive 57]. De plus, certaines personnes qui ont déjà été dépendantes d'une drogue peuvent devenir des consommateurs occasionnels de cette drogue. C'est un sujet controversé parmi les personnes qui croient que la seule façon de traiter la dépendance est l'abstinence à vie. La capacité de certaines personnes à se livrer à un usage occasionnel ou récréatif d'une drogue à la suite d'une période de dépendance est appuyée par un nombre important de recherches. Néanmoins, ce n'est généralement pas quelque chose qu'une personne avec une dépendance à long terme peut réaliser à court terme. Cela est plus commun après une période d'abstinence, accompagné d'un soutien professionnel ou non professionnel continu et quand la personne a abordé certains des facteurs psychosociaux significatifs qui ont contribué à leur dépendance.

Les personnes ont également souvent des intensités ou des modes de consommation différents pour différentes substances, par ex. un étudiant pourrait être dépendant aux cigarettes, consommer de l'alcool de façon récréative, expérimenter l'ecstasy lors d'une fête, utiliser les amphétamines de façon instrumentale – seulement pour rester éveillé toute la nuit pour étudier pour les examens à la fin du semestre.

[Diapositive 58] Le Comité d'experts sur la pharmacodépendance (ECDD en Anglais) de l'OMS a clarifié les distinctions entre l'usage expérimental, récréatif et dépendant dès 1973. Depuis lors, un certain nombre de modèles ont été élaborés pour expliquer les différents types ou modes de consommation de drogues. Les paramètres de ce module ne permettent pas de tous les revoir, mais il convient de mentionner le travail d'Erich Goode, spécialiste en sociologie de la déviance. Goode a étudié la consommation de drogues au moyen d'enquêtes à grande échelle, aux États-Unis et à l'étranger. Goode était d'accord avec la proposition de l'OMS selon laquelle les gens consomment des drogues de façon expérimentale, récréative (sociale) ou dépendante, mais il ajoute quatre distinctions supplémentaires :¹

1. Consommation instrumentale légale : prendre des médicaments prescrits et des médicaments en vente libre pour soulager ou traiter les symptômes
2. Usage récréatif légal : utilisation de substances légales (tabac, alcool, caféine) pour atteindre un certain état mental
3. Consommation instrumentale illégale : prendre des médicaments sans ordonnance pour accomplir une tâche ou un but
4. Consommation récréative illégale : prendre des substances illégales pour le plaisir ou le plaisir d'expérimenter de l'euphorie.

[Diapositive 59] Avant de passer à la prochaine activité, nous terminerons par l'exemple de la consommation instrumentale de la méthamphétamine par les jeunes dans un port philippin. L'étude ethnographique de Gideon Lasco sur des jeunes économiquement vulnérables dans un port philippin a montré qu'ils considéraient la méthamphétamine comme un Pampagilas ou un amplificateur de performance, ce qui leur permettait de profiter des opportunités limitées offertes par l'économie informelle d'un port philippin. Ils ont rapporté que la méthamphétamine améliorait leurs fonctions physiques, leur permettant de travailler de longues heures avec peu de nourriture ou de sommeil ; et renforçait leurs capacités psychologiques, stimulant le sentiment de bien-être lié à la performance économique, augmentant la confiance, réduisant les inhibitions et leur permettant ainsi de travailler plus dur.

3. Expliquez que le type de consommation de drogues peut parfois être sujet à interprétation et dépendre des particularités de la situation de la personne [Diapositive 60] (cette activité prendra environ 20 minutes) :
 - a. Divisez les participants en groupes de 6-7 et nommez un rapporteur et un preneur de notes. Demandez-leur de créer une étude de cas d'une personne fictive qui utilise une gamme de différentes drogues, mais qui

- a un usage différent – expérimental, récréatif / social, instrumental ou régulier / dépendant – pour chaque drogue (environ 10 minutes).
- b. De retour en plénière, demandez à chaque groupe de présenter leur étude de cas (comptez 5 minutes par groupe).
- c. Concluez en présentant les informations ci-dessous [Diapositives 61-63].
Demandez aux participants s'ils ont d'autres questions ou commentaires.

✓ Informations à couvrir durant cette présentation :

Facteurs influant sur l'usage de drogues [Diapositive 61]

La décision d'essayer des drogues en premier lieu implique de multiples facteurs, y compris la disponibilité des drogues, les influences de la famille et des pairs, et le contexte environnemental. Une fois que la consommation a eu lieu, d'autres facteurs contribuent à la probabilité de développer une dépendance, y compris :

- Les facteurs environnementaux (indices, conditionnement, facteurs de stress externes)
- Les facteurs induits par les drogues (changements neurobiologiques moléculaires entraînant des modifications de comportement), et
- Les facteurs génétiques tels que la réaction à l'usage de drogues, la personnalité, les troubles psychiatriques concomitants.

Différentes voies d'administration pour l'usage de drogues [Diapositive 62]

L'usage de nombreuses drogues se fait par voie orale, par inhalation (chauffage et inhalation de vapeurs), par voie nasale (le sniff), par injection ou, plus rarement, par voie anale ou vaginale. L'injection est beaucoup moins fréquente que d'autres méthodes d'administration, et certaines drogues sont rarement injectées. Par exemple, il n'y a pas d'injection enregistrée de cannabis, et l'injection d'ecstasy demeure une pratique peu commune. À quelques exceptions près, la cocaïne est aussi rarement injectée.² La méthode d'injection la plus courante est intraveineuse.

Différentes voies d'administration comportent différents risques d'exposition au VIH et à d'autres virus transmissibles par voie sanguine, la voie la plus risquée demeurant d'injection.³ L'injection de toute drogue est intrinsèquement risquée, surtout lorsqu'elle s'accompagne de pratiques de partage de matériel d'injection. Par exemple, les stimulants de type amphétamine peuvent être administrés par un certain nombre de voies, telles que la voie orale, l'inhalation, la voie nasale, l'injection, la voie anale ou vaginale. L'utilisation de la plupart des stimulants de type amphétamine n'implique pas d'injection. Cependant, leur injection est toujours associée à des complications et des risques – bien qu'il soit difficile de quantifier précisément cela. Selon Colfax et al., les personnes qui s'en injectent doivent en consommer plus fréquemment, par exemple, et sont plus susceptibles d'être dépendantes.⁴

Polyconsommation [Diapositive 63]

La polyconsommation est l'utilisation de deux substances ou plus en même temps ou l'une après l'autre. C'est un phénomène courant chez les personnes qui consomment des drogues à la fois récréativement et régulièrement dans toutes les régions. Il existe de nombreuses formes de polyconsommation. Cependant, trois modèles principaux sont :

1. Pour augmenter ou améliorer l'effet d'une drogue avec une autre : ce modèle est communément observé chez les personnes qui consomment du cannabis et de la cocaïne, et qui peuvent utiliser la drogue en combinaison avec de l'alcool. D'autres combinaisons courantes sont l'usage d'héroïne avec des benzodiazépines, de l'alcool ou d'autres opioïdes (méthadone, oxycodone, etc.) ou la consommation de stimulants de type amphétamine avec de la cocaïne.
2. Pour compenser les effets indésirables ou désagréables d'une drogue avec une drogue différente : par exemple, en utilisant des benzodiazépines ou de l'alcool pour « redescendre » des effets de la « montée » de la méthamphétamine.

3. Pour remplacer progressivement une drogue avec une autre en raison des changements de prix, de disponibilité ou de popularité. Des exemples courants sont l'héroïne substituée par l'oxycodone ou le fentanyl. Une autre drogue peut aussi être essayée afin de réduire la consommation de la première drogue, par ex. réduire progressivement l'héroïne et compléter avec un autre opioïde (tel que la codéine ou la méthadone) ou un tranquillisant tel qu'une benzodiazépine, ou remplacer progressivement le crack par du cannabis.

Parfois, la polyconsommation peut se produire simplement parce qu'une personne a perdu le fil par rapport à ce qu'elle a déjà pris ou est en état d'ébriété et a oublié ce qu'elle a pris et combien. Il est important de comprendre la polyconsommation, car il est généralement peu utile de dresser le profil des usagers de drogues en tant que consommateurs uniques d'une drogue en particulier.⁵

Prendre plus d'une drogue, parfois plusieurs drogues, rend la prévision des effets des interactions des drogues sur un individu beaucoup plus difficile. Le principal risque de la polyconsommation est qu'elle peut multiplier les risques de réactions indésirables, de toxicité, d'overdose et de décès. Les risques associés à la polyconsommation peuvent être encourus si l'utilisation est expérimentale, récréative, instrumentale ou dépendante.

1. Goode, E. (2006), 'The sociology of drug use'. In C. D. Bryant & D. L. Peck (Eds.), *21st Century Sociology* (Thousand Oaks, California: Sage Publications); Goode, E. (2012), *Drugs in American Society* (8th ed.) (New York: McGraw-Hill)
2. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2012), *Rapport Mondial sur les drogues 2012*, p. 123-124. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_French_web.pdf
3. Fischer, A., Curruthers, S., Power, R., Allsop, S. & Degenhardt, L. (2013), *The link between amphetamine-type stimulant use and the transmission of HIV and other blood-borne viruses in the South-east Asia region* (Vol. 25) (Canberra: Australian National Council on Drugs)
4. Colfax, G., Santos, G.-M., Chu, P., Vittinghoff, E., Pluddemann, A., Kumar, S., & Hart, C. (2010), 'Amphetamine-group substances and HIV', *The Lancet*, **376**(9739), 458-474
5. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *Rapport Mondial sur les Drogues*, p. 21. http://www.unodc.org/documents/wdr2014/WDR_2014_French.pdf

Session 10.8

Comprendre la dépendance aux drogues



20 min

Objectif – Comprendre la dépendance aux drogues, et examiner ce que les évidences nous disent à ce sujet

1. Présentez l'objectif de cette session [Diapositive 64].
2. Présentez les informations ci-dessous et les diapositives correspondantes [Diapositives 65-71].
3. Laissez du temps pour les discussions et les questions.

Informations à couvrir durant cette présentation :

Dépendance aux drogues [Diapositive 65]

L'idée qu'une personne qui utilise une drogue est automatiquement dépendante est une perception erronée commune. On estime au contraire que seuls 11% des usagers de drogues développent une dépendance. Par conséquent, la grande majorité des personnes qui consomment des drogues (environ 90%) NE développent PAS de dépendance. Cela ne signifie pas que leur consommation de drogue est sans danger, car toute consommation pourrait être associée à un certain niveau de risque, même si elle est occasionnelle.

Il est utile de comprendre les définitions scientifiques communément acceptées de la dépendance aux drogues pour les participants qui s'engagent dans un travail de plaidoyer, de dialogue et de négociation, de prestation de services ou de suivi et d'évaluation des politiques ou des services. L'utilisation d'une terminologie scientifique – ou « parler le même langage » – présente des avantages évidents lorsque l'on tente d'être clair et précis sur l'identification des problèmes et l'élaboration de réponses efficaces et efficientes.

La façon dont la dépendance se développe est à peu près la même pour toutes les drogues. Une consommation quotidienne, ou presque quotidienne, entraîne des changements physiques et psychologiques. Physiquement, le corps s'adapte ou « s'habitue à » avoir une drogue sur une base régulière. Finalement, la drogue est nécessaire pour fonctionner « normalement » et une plus grande quantité sera peu à peu nécessaire pour obtenir le même effet. Lorsque cela se produit, il est très difficile d'arrêter ou de diminuer la consommation, car la personne commence à être en manque. La drogue peut alors être prise pour soulager ou arrêter les symptômes de manque.

Syndrome de dépendance aux drogues (CIM-10) [Diapositive 66]

Ce syndrome implique un ensemble de caractéristiques physiologiques, comportementales et cognitives. Un trait distinctif majeur de la dépendance est le désir fort (parfois irrésistible) de prendre des drogues (qui peuvent ou non avoir été médicalement prescrites). Cependant, un diagnostic définitif de dépendance

Notes pour l'animateur

Pour plus d'informations sur le traitement de la dépendance fondé sur des preuves, veuillez consulter le [Module 3](#).

Notes pour l'animateur

La « **toxicomanie** » est l'un des termes les plus anciens et les plus communs pour décrire le phénomène de la consommation de drogues sur une longue durée. Le terme a cependant été de plus en plus remplacé par [recommandé](#)¹ que le terme « toxicomanie » soit abandonné au profit de la « dépendance », qui peut exister à divers degrés de gravité par opposition à une entité « tout ou rien ». Le terme « toxicomanie » continue néanmoins d'être très largement utilisé par les professionnels, les décideurs et le public.

peut être établi **seulement si au moins trois des symptômes suivants ont été présents au même moment** au cours de l'année précédente :²

- Un fort désir ou un sentiment de contrainte de prendre la substance
- Des difficultés à contrôler le comportement de consommation en termes de début, de fin ou de niveaux de consommation
- Un état de sevrage physiologique lorsque la consommation de drogues a cessé ou a été réduite, pouvant être caractérisé par un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ; ou la consommation de cette même substance (ou d'une substance étroitement similaire) dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de manque
- Des symptômes de tolérance, avec la nécessité de consommer des doses accrues de la drogue pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles (cela est souvent observé chez les personnes dépendantes à l'alcool ou aux opiacés et qui peuvent prendre des doses quotidiennes suffisamment élevées pour neutraliser ou tuer des consommateurs non tolérants)
- La négligence progressive des plaisirs ou des intérêts alternatifs en raison de l'usage de drogues, de la quantité de temps nécessaire pour obtenir ou consommer la substance ou pour se remettre de ses effets
- La persistance de l'usage de drogues en dépit de preuves évidentes de conséquences manifestement préjudiciables, telles que des dommages au foie causés par une consommation excessive d'alcool, des états dépressifs consécutifs à des périodes d'usage intensif ou une altération du fonctionnement cognitif liée aux drogues.

Différentes drogues, différents taux de dépendance [Diapositives 67-68]

[Diapositive 67] Les rapports mondiaux sur les drogues de l'ONUDC de ces dernières années indiquent qu'environ 10 à 12% des usagers de drogues sont devenus des « usagers problématiques » et / ou ont développé une dépendance. Cela a été soutenu par d'autres recherches.³ Cependant, il y a une certaine variation dans les taux de dépendance associés aux différentes drogues, à la fréquence, à la quantité et à la durée pendant laquelle une personne utilise une drogue, et à la méthode d'administration. Par exemple, l'injection de drogues est généralement associée à des taux de dépendance plus élevés que d'autres méthodes telles que l'ingestion orale.

[Diapositive 68] Le pourcentage de personnes qui consomment une drogue spécifique et qui développent ensuite une dépendance varie selon la substance :⁴

- Tabac : 32%
- Héroïne : 23%
- Cocaïne : 16%
- Alcool : 15%
- Cannabis : 9%

Différentes méthodes de consommation, différents taux de dépendance : l'exemple du Crystal Meth [Diapositive 69]

D'autres recherches ont révélé des taux de dépendance beaucoup plus élevés chez les personnes qui consomment de la méthamphétamine lorsqu'elles l'utilisent sous forme de cristaux, administrée par injection ou en fumant, et qui l'utilisent depuis plus de cinq ans. Les participants qui utilisent de la méthamphétamine sont beaucoup plus susceptibles d'en dépendre que ceux qui prennent d'autres formes de méthamphétamine (61% contre 39%). Les chercheurs ont également trouvé un taux de dépendance deux fois plus élevé parmi ceux qui se l'injectent (67%) ou fument (58%) par rapport à ceux qui en consomment par voie intranasale (le « sniff ») ou par voie orale (30%). Ceux qui en ont consommé durant plus de 5 ans ont un taux de dépendance presque doublé par rapport à ceux qui en ont consommé durant moins de 5 ans (61% contre 36%).⁵

Se réhabiliter d'une consommation problématique ou dépendante [Diapositives 70-71]

[Diapositive 70] Les personnes ayant des problèmes liés à la drogue ont souvent divers objectifs, par exemple, elles peuvent continuer à en consommer mais minimiser les risques pour la santé en réduisant la quantité ou la fréquence d'utilisation d'une ou de plusieurs drogues, ou ils peuvent vouloir arrêter la consommation d'une ou plusieurs drogues. Pour cette raison, ils peuvent avoir besoin de différents services ou de soutien pour atteindre ces objectifs. Ces services peuvent comprendre des services de réduction des risques, un soutien psychosocial de courte durée, comme le counseling, la pharmacothérapie, la gestion du sevrage, des services de réhabilitation durable, etc.

La recherche sur le traitement de la dépendance aux drogues examine habituellement deux principaux résultats de réhabilitation :

1. La réhabilitation basée sur l'abstinence : la personne cesse de prendre la drogue dont elle dépend
2. La réhabilitation non abstinentes : la personne continue de consommer mais réduit la fréquence et / ou la quantité de drogue dont elle dépendait, de sorte qu'elle ne répond plus aux critères d'un diagnostic de dépendance.

L'abstinence totale de drogues n'est donc pas le seul résultat thérapeutique valable pour les usagers de drogues ; ce n'est qu'un objectif potentiel de traitement. Différentes personnes auront de différents modes de consommation, différents niveaux et types de risques, et différents objectifs, et par conséquent, il n'y a pas de traitement ou de service de soutien unique qui conviendra à tout le monde.

[Diapositive 71] Cela nous permet également d'examiner et de réfuter certains des principaux malentendus prévalant au sujet de l'usage et de la dépendance aux drogues qui sont souvent encouragés par les opposants à la réforme des politiques des drogues :

- « Une fois qu'une personne a consommé de la drogue, elle ne peut pas arrêter »
- « Une fois que quelqu'un a développé une dépendance à la drogue, sa seule chance de guérison est de ne plus jamais utiliser cette drogue (ou toute autre drogue susceptible de créer une accoutumance) pour le reste de sa vie ».

Ces idées peuvent être vraies pour certaines personnes et dans certaines situations, mais les recherches disponibles ne soutiennent tout simplement pas ces conclusions pour la plupart des gens. La majorité des personnes se réhabiliteront d'une consommation de drogue problématique ou dépendante avec ou sans traitement – la réhabilitation n'est pas seulement possible, c'est la norme.⁶ Il faut cependant reconnaître que de nombreuses personnes ont besoin de traitement. Par exemple, un traitement et des soins communautaires fondés sur des preuves et axés sur les droits humains permettent de réduire les dommages liés à la drogue, d'améliorer les résultats de la réhabilitation et de réduire la durée de la dépendance. Cela sera traité plus en détail dans le [Module 3](#).

Les femmes dépendantes à la drogue [Diapositive 72]

Les femmes qui consomment des drogues ont tendance à subir des conséquences physiques, mentales et sociales plus graves que les hommes, ce qui peut les inciter à cesser d'en consommer, et aussi expliquer les taux plus élevés de rémission chez les femmes. Les sentiments de culpabilité et les préoccupations concernant les effets de la consommation de drogues pendant la grossesse et l'éducation des enfants peuvent elles aussi entraîner une diminution de la consommation de drogues chez les femmes.⁷ Cependant, les femmes peuvent également faire face à des taux plus élevés de stigmatisation et de discrimination dans l'accès au traitement de la dépendance.

En outre, les services de traitement peuvent ne pas être adaptés à leurs besoins spécifiques (par exemple, fournir un lieu pour la garde d'enfants, offrir des informations et des soins sur la santé sexuelle et reproductive, etc.).

1. Organisation Mondiale de la Santé. (1994). Lexique terminologique de l'OMS sur l'alcool et les drogues. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/fr/ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf
2. La Classification Internationale des maladies (CIM) est le fondement de l'identification des tendances et des statistiques de la santé à l'échelle mondiale, ainsi que de la norme internationale pour la déclaration des maladies et des problèmes de santé. C'est la norme de classification diagnostique pour tous les objectifs cliniques et de recherche. Elle est utilisée pour surveiller l'incidence et la prévalence des maladies, observer les remboursements et les tendances en matière d'allocation des ressources, et faire le suivi en matière de sécurité et de qualité. Elle est également utilisée pour les statistiques sur les décès, les maladies, les blessures, les symptômes et d'autres facteurs influençant l'état de santé: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/diagnostic_categories/fr/, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf
3. McKetin, R., Kelly, E., & McLaren, J. (2005), *Health service utilisation among regular methamphetamine users* (Vol. NDARC T233) (Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre)
4. Anthony, J. C., Warner, L. A., & Kessler, R. C. (1994), 'Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the national comorbidity survey', *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, **2**(3), 244-268
5. McKetin, R., Kelly, E., & McLaren, J. (2006). The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, **85**(3), 198-204. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.04.007>
6. Price, R. K., Risk, N. K., & Spitznagel, E. L. (2001), 'Remission from drug abuse over a 25-year period: Patterns of remission and treatment use', *American Journal of Public Health*, **91**(7), 1107; Also see this study about US military personnel involved in the Vietnam war and the drops in heroin use after their departure from Vietnam: Robins, L. N., Davis, D. H., & Goodwin, D. W. (1974), 'Drug use by US army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home', *American Journal of Epidemiology*, **99**(4), 235-249
7. Lopez-Quintero, C., Hasin, D. S., de los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011), 'Probability and predictors of remission from lifetime nicotine, alcohol, cannabis, or cocaine dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions', *Addiction (Abingdon, England)*, **106**(3), 657-669. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x

Session 10.9

Les risques et dommages associés à l'usage de drogues



50 min

Objectif – Comprendre les différents types et degrés de dommages causés par l'usage de drogues

1. Présentez l'objectif de la session [Diapositive 73].
2. Présentez les informations ci-dessous avec les diapositives correspondantes [Diapositives 74-77]. Distribuez le document : « Les dommages associés aux différentes drogues » (Disponible en annexe). Laissez du temps pour les questions et commentaires.

Informations à couvrir durant cette présentation :

Différents types et degrés de risques et de dommages [diapositives 74-76]

[Diapositive 74] Tout le monde ne fera pas face aux mêmes types ou niveaux de risques. Cela dépendra de la drogue, de la personne et des circonstances. Habituellement, plus une personne a utilisé une drogue et plus le dosage est élevé, plus le risque est grand. Dans de rares circonstances, une personne particulièrement vulnérable peut subir de graves conséquences pour sa santé dès sa première dose. Ceci est cependant exceptionnel et implique généralement des circonstances inhabituelles, telles qu'une quantité élevée ou de mauvaise qualité (ex. contamination) de la drogue consommée, des problèmes liés à l'âge ou à l'état physique et mental avant de prendre la drogue, ainsi que les circonstances spécifiques ou l'environnement dans lequel la consommation de drogue a eu lieu.

[Diapositive 75] Selon l'Atlas de 2010 de l'OMS sur la consommation de drogues, « Ceux qui consomment des drogues une ou deux fois risquent, tout au plus, une très faible augmentation de la morbidité et de la mortalité, comparé à la concentration de dommages parmi ceux qui consomment régulièrement des drogues ».¹

[Diapositive 76] Pour donner une perspective et une image plus complète, il est utile de comparer les niveaux et l'étendue de ces dommages avec l'utilisation d'autres drogues sanctionnées par la loi. Cela peut ensuite mieux informer la politique, le financement et la dispensation de services. Cette diapositive compare les dommages liés à la consommation de drogues (licites et illicites) et a été publiée dans la prestigieuse revue scientifique The Lancet.² Cette comparaison évalue les drogues les plus couramment utilisées en fonction des dommages associés, en Angleterre et au Pays de Galles.

À la suite de la publication de cette recherche, l'auteur principal, le professeur David Nutt, a été contraint de démissionner de son poste de président du Conseil consultatif britannique sur l'abus de drogues en 2009. Cette démission forcée n'était pas due à une faute ou fraude dans l'étude, mais en raison des

Notes pour l'animateur

Cette formation n'est pas assez longue pour pouvoir couvrir tous les dommages liés aux drogues dans ce module, et cela n'est pas nécessaire. Cette session vise principalement à comprendre comment appliquer une approche bio-psycho-sociale afin de déterminer les conséquences négatives possibles de l'usage de drogues et de stimuler les discussions. Le facilitateur devrait donc encourager les participants à partager leurs propres recherches et expériences sur le sujet. Puisque certains des éléments énumérés peuvent survenir dans certaines circonstances et pas d'autres, il peut être utile de commencer la discussion en demandant si quelqu'un est en désaccord ou s'il souhaite ajouter des réserves ou un contexte à certains exemples.

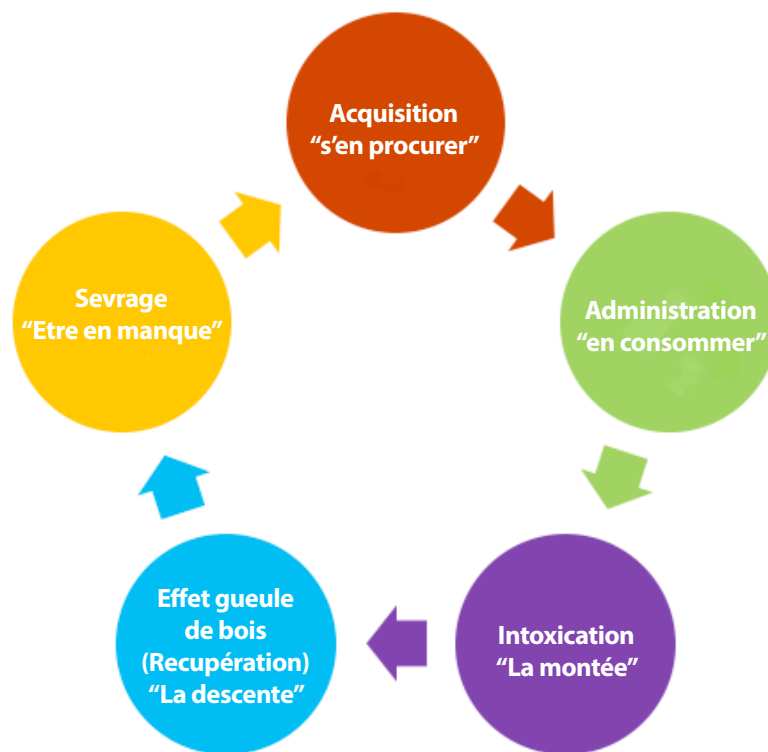
ramifications politiques des résultats publiés qui étaient contraires au système bien établi de classification des drogues du gouvernement britannique.³

Comme les participants peuvent le voir sur la diapositive, la substance (de loin) la plus nuisible est l'alcool. L'OMS est arrivée avec la même conclusion : « Globalement, 35 décès pour 100 000 habitants sont attribuables à l'alcool et 4 sont attribuables à la consommation de drogues ».⁴

En deuxième position se trouve l'héroïne. Selon les dernières données de l'ONUDC, 70% de la charge de morbidité mondiale attribuable à la consommation de drogues était attribuable aux opioïdes. Il y a eu au moins 190 000 décès liés à la drogue en 2015, la plupart pouvant être évitées. Entre un tiers et la moitié des décès étaient dus à des overdoses. Principalement pour cette raison, les opioïdes restent le type de drogue le plus nocif en termes de santé. Les autres causes comprennent : le VIH / sida, l'hépatite C, les problèmes médicaux résultant de l'injection, les comportements à haut risque pendant l'intoxication tels que l'automutilation intentionnelle, les décès non intentionnels et les traumatismes (accidents de la route et autres).

Le cycle de l'usage de drogues et les dommages associés [Diapositive 77]

Ce schéma offre une autre façon de déterminer les problèmes ou les dommages qui pourraient survenir à différentes étapes de la consommation de drogues.



Ce schéma constitue un cycle continu parce que beaucoup de personnes dépendantes d'une drogue décrivent leur vie comme étant devenue un cycle continu d'étapes de consommation de drogues à l'exclusion de beaucoup d'autres intérêts personnels et sociaux ou autres responsabilités. Dans ce modèle, les personnes qui se livrent à des modes de consommation excessive ponctuelle sont plus susceptibles de souffrir des effets « gueule de bois » (ou de descente) que de sevrage; tandis que les utilisateurs dépendants sont plus susceptibles de souffrir des effets du sevrage que de l'effet « gueule de bois » (ou de descente). Un mode d'utilisation excessif comprend des risques relativement élevés impliquant de grandes quantités ou un usage intensif sur une courte période (par exemple en utilisant beaucoup de drogues pendant un week-end, mais pas de consommation quotidienne ou dépendante).

3. Mener l'activité « **Le cycle de l'usage de drogues et les dommages associés** » [Diapositive 78]
 - a. Divisez les participants en groupes de 4 à 6 personnes et demandez-leur de désigner un rapporteur et un preneur de notes. Demandez à chaque groupe de choisir une drogue (ou l'animateur peut attribuer une drogue à chaque groupe).
 - b. Demandez aux participants de discuter et d'énumérer soit un dommage biologique, psychologique ou social lié à chaque étape du « cycle de l'usage de drogues ». Demandez-leur de les noter sur un tableau de conférence.
 - c. De retour en plénière, demandez à chaque groupe de présenter son travail à tous les participants. Prévoyez du temps pour les questions et les commentaires.
 - d. Présentez les informations ci-dessous en les reliant aux conclusions des groupes. Laissez du temps pour d'autres commentaires et discussions.

Informations à couvrir durant cette présentation :

Dommages biologiques

➤ Les dommages associés à des drogues spécifiques [Diapositive 79]

Les risques et les dommages varient en fonction de la substance utilisée : Il est par ailleurs important de noter à nouveau que l'utilisation de ces substances ne causera pas automatiquement de dommages, un certain nombre de facteurs sont associés à ces risques et dommages. Par exemple :

- **La consommation de meth / amphétamine** peut entraîner une déshydratation, une perte de poids, des problèmes dermatologiques, des problèmes dentaires et des troubles du sommeil. Elle peut affecter le système cardiovasculaire et entraîner un rythme cardiaque rapide, des arythmies ou, dans les cas graves, même une crise cardiaque. L'utilisation est également associée à des comportements à haut risque pouvant conduire à l'infection et à la transmission du VIH.
- **La consommation d'opioïdes** peut causer des douleurs abdominales, un reflux acide et de la constipation. Les opioïdes présentent le risque le plus élevé de décès par overdose, et la plus forte fréquence d'injection, avec comme résultat des infections par le VIH et le VHC.
- **Fumer des drogues telles que le tabac ou le cannabis, ou inhaler de l'héroïne ou de la cocaïne** peut entraîner des bronchites, des emphysèmes et des cancers du poumon avec une utilisation intensive et / ou à long terme.

➤ Les dommages associés à la consommation de drogues pendant la grossesse

L'utilisation de certaines drogues pendant la grossesse peut entraîner une fausse couche, une naissance prématurée, un faible poids à la naissance et des problèmes comportementaux et cognitifs chez l'enfant. L'usage d'héroïne, par exemple, peut entraîner la naissance d'un bébé dépendant à la drogue si la mère en consomme régulièrement.

➤ Les dommages associés à l'injection de drogue [Diapositive 80]

Les risques associés à l'injection de drogues incluent :

- Risques plus élevés d'overdoses et de dépendance
- Veines aplaties
- Infections bactériennes des vaisseaux sanguins et des valves cardiaques
- Transmission du VIH : selon l'ONUSC, une personne sur huit qui s'injecte

Notes pour l'animateur

Vous trouverez plus d'informations sur les réponses pour réduire les risques liés à la consommation de drogues dans le [Module 4: Plaidoyer en matière de réduction des risques](#) et le [Module 3: Prévention et traitement efficaces des drogues](#) (en anglais). Ces réponses comprennent l'information et l'éducation, de brèves interventions de counseling, le soutien social, le dépistage, la vaccination, l'attention médicale, la distribution d'aiguilles propres, la thérapie de substitution, etc. Ces interventions ne seront donc pas discutées ici. Cependant, le facilitateur peut encourager les participants à réfléchir aux moyens possibles de réduire les dommages mentionnés dans cette session.



Notes pour l'animateur

Pour plus d'information sur les overdoses d'opioïdes, voir: (Juin 2015), Opioid Overdose: Addressing the Growing Problem of Preventable Deaths (Overdose d'opioïdes: Aborder le problème croissant des décès évitables)

des drogues vit avec le VIH, ce qui équivaut à 1,55 million de personnes qui s'injectent des drogues et qui vivent avec le VIH dans le monde⁵

- Transmission de l'hépatite C : l'hépatite C est responsable d'une grande partie de la mortalité et de la morbidité chez les consommateurs de drogues injectables. Le nombre de décès dus à l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues est 3,5 fois plus élevé que pour le VIH. Plus de 51% des consommateurs de drogues (environ 6,1 millions) sont infectés par l'hépatite C⁶
- Transmission d'autres infections transmissibles par le sang.

Il est important de comprendre ces risques substantiels, mais il est tout aussi important d'apprécier que ces derniers peuvent être facilement évités avec des services rentables de réduction des risques.

› Le risque d'overdose [Diapositives 81-83]

[Diapositive 81] Une overdose peut survenir avec n'importe quelle méthode d'administration de drogues, mais il est beaucoup plus probable qu'elle se produise par injection, et la plupart des décès par overdoses enregistrés proviennent d'injections d'opioïdes. Une overdose survient lorsqu'une drogue est utilisée en quantité suffisante et sur une période suffisamment courte et est liée à de nombreux facteurs, notamment :

- la puissance, la qualité et la quantité de la drogue
- la taille et la santé physique de l'individu
- sa tolérance à la drogue
- s'il a pris d'autres drogues
- les circonstances ou l'environnement dans lequel il a pris la drogue.

[Diapositive 82] Les facteurs de risques associés aux overdoses comprennent :

- Un changement soudain de la disponibilité et de la pureté des drogues (par exemple, lorsqu'il y a un changement de fournisseur)
- Une réduction de la tolérance d'une personne à la drogue. Ceci est souvent dû à une période récente d'abstinence, par exemple suite à un traitement, une incarcération ou si la personne a décidé d'arrêter ou de réduire sa consommation
- La consommation d'autres drogues qui altèrent ou augmentent les effets de la drogue (par exemple alcool et / ou tranquillisants avec de l'héroïne)
- L'injection constitue un risque élevé, bien qu'une overdose puisse survenir en prenant des drogues par inhalation ou par voie orale
- Un changement dans la santé de la personne, par ex. une maladie ou si elle a développé une insuffisance rénale ou hépatique.

[Diapositive 83] Les overdoses non mortelles contribuent aux maladies et aux blessures en causant :

- des œdèmes pulmonaires (liquide dans les poumons)
- des pneumonies
- des arythmies cardiaques (rythme cardiaque irrégulier)
- et des hypoxies cérébrales (pas assez d'oxygène dans le cerveau).

Ces conditions peuvent entraîner une hospitalisation, des lésions cérébrales ou des incapacités.⁷ Une overdose peut être accidentelle ou délibérée. Une overdose peut être évitée, ou inversée quand elle se produit.

Montrez la vidéo Youtube : « **Just stop. Just close. Overdose! UNODC South Asia** » (15 minutes 1 secondes) et discutez-en brièvement avec les participants.

Domages psychologiques

› Cannabis [Diapositive 84]

La consommation de cannabis avant l'âge de 15 ans augmente le risque de dépendance. Par ailleurs, la forte consommation de cannabis semble augmenter le risque de psychose et de troubles de l'humeur chez les personnes vulnérables.

Cependant, le stéréotype commun du « consommateur de marijuana asocial et manquant de motivation » n'est pas soutenu par les preuves disponibles. Il existe une controverse dans la recherche sur le fait de savoir si fumer du cannabis affecte la motivation. Certaines recherches montrent que certaines personnes dépendantes du cannabis ont une motivation réduite, tandis que d'autres recherches, depuis les années 1970 jusqu'à plus récemment, n'ont trouvé aucune réduction de la motivation chez les utilisateurs ayant une consommation légère ou plus importante.⁸ De plus, une partie de la même recherche indique que la réduction de la motivation chez certains consommateurs de cannabis était un symptôme de dépression, qui précédait l'usage de cannabis de ces derniers.⁹

Par ailleurs, il existe une longue liste de personnalités publiques très performantes qui se sont distinguées au plus haut niveau dans leurs domaines respectifs et qui ont toutes reconnu publiquement avoir consommé du cannabis, notamment :

- Des politiciens de l'UE, du Royaume-Uni et des États-Unis (y compris les présidents Bill Clinton, George W. Bush et Barack Obama)
- Au moins quatre milliardaires (Martha Stewart, Michael Bloomberg, George Soros et Bill Gates)
- De nombreux athlètes d'élite
- Et de nombreux écrivains, acteurs et musiciens célèbres.

Il est clair que les preuves disponibles ne confirment pas l'image des personnes qui consomment du cannabis comme devenant inévitablement réticentes ou incapables de profiter d'une activité lucrative dans leur vie. Il y a cependant des preuves démontrant que certains gros consommateurs ou des consommateurs réguliers de cannabis qui ont un trouble de santé mentale préexistant peuvent ressentir des symptômes plus graves et des résultats plus faibles avec leur état de santé mentale (Castle et Cole, 2008).

› Stimulants de type amphétamine [Diapositive 85]

Il existe de nombreuses preuves indiquant que, chez certaines personnes, l'usage de la méthamphétamine peut entraîner une augmentation des troubles mentaux, tels que la dépression, l'anxiété ou la psychose, et qu'elle peut également exacerber les symptômes des problèmes de santé mentale existants. Ceci est plus susceptible de se produire avec une grosse utilisation et / ou à long terme, avec l'utilisation de la forme cristalline de la méthamphétamine, et avec une méthode d'administration qui maximise la biodisponibilité (c'est-à-dire en l'injectant ou en la fumant).¹⁰

Plusieurs études établissent une corrélation entre l'utilisation de stimulants de type amphétamine et les troubles de santé mentale.¹¹ Cependant, elles ne peuvent affirmer avec certitude que ces troubles de santé mentale sont causés par la consommation de méthamphétamine et d'amphétamine – c'est-à-dire une relation de cause à effet. En effet, ces études n'ont pas pu établir, par exemple, combien de personnes à l'étude avaient des troubles de santé mentale précédant leur consommation de méthamphétamine / amphétamine; ou quels autres facteurs (en plus de l'usage de la méthamphétamine et de l'amphétamine) auraient contribué à la maladie mentale et à quel point chaque facteur a pu y contribuer. Néanmoins, ces études fournissent suffisamment de preuves pour être sur nos gardes et recommander une évaluation de la consommation de meth / amphétamine chez les clients cherchant de l'aide pour des problèmes

de santé mentale, ainsi que des dépistages de maladies mentales chez les clients demandant de l'aide pour la méthamphétamine.

Domages sociaux [Diapositive 86]

Les préjudices sociaux peuvent inclure :¹²

- **La perte de biens matériels** : par exemple, revenu, logement, travail, réussite scolaire, casier judiciaire, perte de liberté due à l'emprisonnement
- **La perte de relations** : perte de relations importantes avec la famille et les amis
- **Des blessure** : la consommation d'une drogue peut augmenter les risques de blessures directes et indirectes, par exemple: violence (y compris la violence domestique), accident de la route, dommages au fœtus, gaspillage de drogues, transmission secondaire de virus transmissibles par voie sanguine
- **Criminalité** : la consommation d'une drogue peut entraîner une augmentation du volume de criminalité acquise (par exemple vol, cambriolage ou travail sexuel) directement ou indirectement (augmentation du trafic ou du commerce dans une communauté)
- **Domages environnementaux** : la consommation et la production d'une drogue peuvent causer des dommages environnementaux locaux, par exemple des déchets toxiques provenant d'usines d'amphétamines, des aiguilles jetées, etc.
- **Problèmes familiaux** : l'usage d'une drogue peut provoquer des problèmes familiaux, par exemple éclatement de la famille, du bien-être économique, du bien-être émotionnel, mauvaises perspectives d'avenir pour les enfants, négligence envers les enfants, etc.
- **Communauté** : l'usage d'une drogue peut entraîner une baisse de la cohésion sociale
- **Coût économique** : l'utilisation d'une drogue peut entraîner des coûts directs pour le pays (par exemple les soins de santé et les services sociaux) et indirects (perte de productivité, augmentation de la criminalité).

1. World Health Organization. (2010), Atlas on substance use (2010): Resources for the prevention and treatment of substance use disorders
2. Nutt, D., King, L.A & Phillips, L.D. (November 2010), 'Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis', *The Lancet*, **376**(9752): 1558-1565, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/abstract)
3. For more information, see: <https://www.theguardian.com/science/2009/nov/02/david-nutt-dangerous-drug-list> and https://www.economist.com/blogs/dailychart/2010/11/drugs_cause_most_harm
4. World Health Organization. (2010), Atlas on substance use (2010): Resources for the prevention and treatment of substance use disorders, p. 12
5. United Nations Office on Drugs and Crime (2017), *World Drug Report 2017*, p. 19
6. United Nations Office on Drugs and Crime (2017), *World Drug Report 2017*, p. 19
7. Coffin, P., Tracy, M., Bucciarelli, A., Ompad, D., Vlahov, D., & Galea, S. (2007), 'Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose'. *Academic Emergency Medicine*, **14**(7), 616-623, doi:10.1197/j.aem.2007.04.005; Darke, S., Ross, J., & Hall, W. (1996), 'Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose', *Addiction*, **91**(3), 405-411, doi:10.1046/j.1360-0443.1996.9134059.x; Darke, S., Ross, J., & Hall, W. (1996), 'Overdose among heroin users in Sydney, Australia: II'; Powis, B., Strang, J., Griffiths, P., Taylor, C., Williamson, S., Fountain, J., & Gossop, M. (1999), 'Self-reported overdose among injecting drug users in London: Extent and nature of the problem', *Addiction*, **94**(4), 471-478. doi:10.1046/j.1360-0443.1999.9444712.x; Warner-Smith, M., Darke, S., & Day, C. A. (2002), 'Morbidity associated with non-fatal heroin overdose', *Addiction*, **97**(8)
8. Barnwell, S. S., Earleywine, M., & Wilcox, R. (2006), 'Cannabis, motivation, and life satisfaction in an internet sample', *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, **1**(1), 2. doi:10.1186/1747-597x-1-2
9. Kupfer, D. J., Detre, T., Koral, J., & Fajans, P. (1973), 'A Comment on the "Amotivational Syn-

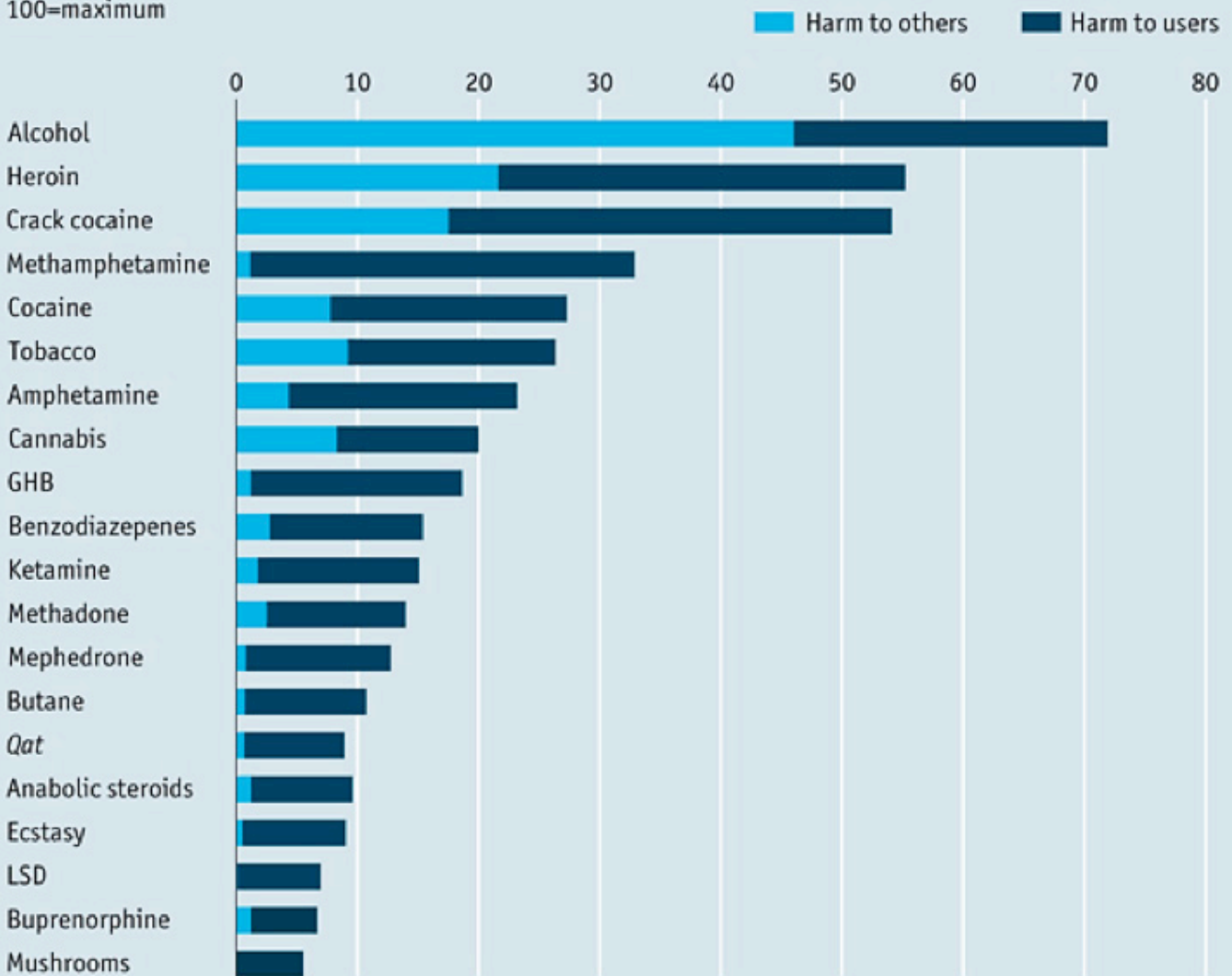
- drome" in Marijuana Smokers. *American Journal of Psychiatry*, **130**(12): 1319-1322, doi:10.1176/ajp.130.12.1319; Musty, R. E., & Kaback, L. (1995), 'Relationships between motivation and depression in chronic marijuana users', *Life sciences*, **56**(23): 2151-2158, doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0024-3205\(95\)00202-H](http://dx.doi.org/10.1016/0024-3205(95)00202-H)
10. Baberg, H., Nelesen, R., & Dimsdale, J. (1996), 'Amphetamine use: Return of an old scourge in a consultation psychiatry setting', *American Journal of Psychiatry*, **153**(6): 789-793; McKetin, R., McLaren, J., Lubman, D. I., & Hides, L. (2006), 'The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users', *Addiction*, **101**(10): 1473-1478
 11. Lee, N., Jenner, L., Connelly, K., Cameron, J., & Denham, A. (2008), Treatment approaches for users of methamphetamine: A practical guide for frontline workers, [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/8D2E281FAC2346BBCA25764D007D2D3A/\\$File/tremeth.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/8D2E281FAC2346BBCA25764D007D2D3A/$File/tremeth.pdf); Blickman, T. (2011), *Amphetamine type stimulants and harm reduction; Experiences from Myanmar, Thailand and Southern China* (Amsterdam: Transnational Institute)
 12. Nutt, D., King, L.A & Phillips, L.D. (November 2010), 'Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis', *The Lancet*, **376**(9752): 1558-1565, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/abstract)

MODULE 10

Polycopié : Les dommages associés à différentes drogues

Harm caused by drugs

100=maximum



Source: "Drug harms in the UK", by David Nutt et al. *The Lancet*

Polycopié : Principales références sur l'usage de drogues et l'impact des politiques des drogues sur cet usage

(Pas de version française disponible)

- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., & Slater, J. (2012). The alternative world drug report: Counting the costs of the war on drugs (London: Transform Drug Policy Foundation), <http://countthecosts.org/sites/default/files/AWDR.pdf>
- UNAIDS (2016), Prevention gap report, <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>
- UNAIDS (2016), Do no harm – Health, human rights and people who use drugs, www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf
- Global Commission on Drug Policy (2018), The world drug perception problem – Countering prejudices about people who use drugs, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/changing-perceptions/>