

Découvrez notre glossaire sur le cannabis



Contenu réalisé en partenariat avec Santé publique France.

THC

Le Δ -9-tétrahydrocannabinol (THC) est une substance de la famille des cannabinoïdes. Parmi la centaine de cannabinoïdes identifiés dans la plante cannabis, le THC est le principal principe actif responsable des effets euphorisants recherchés par les consommateurs.

Le THC est produit principalement dans les fleurs et les glandes résineuses de la plante de cannabis. La teneur moyenne en THC de la résine de cannabis a presque triplé en quinze ans, pour atteindre 26,5 % en 2018, tandis que celle de l'herbe a augmenté de 40 %, pour atteindre plus de 11 % en 2018.

Les cannabinoïdes agissent sur l'organisme via les récepteurs CB1 (présents dans le système nerveux central principalement) et CB2 (présents dans le système immunitaire) du système endocannabinoïde.

Ce sont des molécules très liposolubles. Ainsi, le THC franchit la barrière hémato-encéphalique et s'accumule dans les graisses.

Le Δ -9-tétrahydrocannabinol a été isolé pour la première fois en Israël en 1964.

Liens utiles :

<https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cannabis#:~:text=Le%20principe%20actif%20responsable%20des,du%20cannabis%20peuvent%20%C3%AAtre%20importants.>

<https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=endocannabino%C3%AFde>

<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/07/pages-541-558.pdf>
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>

CBD

Le cannabidiol (CBD) est le deuxième cannabinoïde présent dans le cannabis le plus étudié après le THC. C'est un cannabinoïde majeur du chanvre (sous-espèce de plantes de l'espèce Cannabis sativa), présent dans sa fleur. Depuis quelques années, les concentrations en THC augmentent dans le cannabis dans de nombreux pays, dont la France, alors que les concentrations en CBD restent stables. Ainsi, le ratio THC/CBD tend à évoluer en faveur du premier cannabinoïde, notamment dans les variétés recherchées pour leur « effet défonce ». Néanmoins, certaines espèces de chanvre sont au contraire cultivées spécifiquement pour être davantage concentrées en CBD.

Le CBD a une plus faible affinité avec les récepteurs CB1 (par rapport au THC), mais modifie leur capacité à se lier aux cannabinoïdes. Il est considéré comme agoniste inverse des récepteurs CB1. Ce mécanisme conduit à une modulation de certains effets du THC. Le CBD agit sur d'autres récepteurs, tels ceux impliqués dans la douleur ou le système sérotoninergique. Par ailleurs, ses effets inhibiteurs de différents cytochromes hépatiques peuvent entraîner des interactions avec certains médicaments, à l'origine de potentiels effets indésirables graves.

Il n'a pas d'effet euphorisant ou psychotrope et ne paraît pas avoir de potentiel addictogène.

Le CBD peut être vendu légalement en France, à condition que les produits vendus en tant que CBD contiennent moins de 0,2 % de THC s'ils sont issus de la plante ou que le CBD soit d'origine synthétique (pur). La commercialisation du CBD, reposant sur un « vide juridique », a été à l'origine de nombreux contentieux.

Le CBD a été isolé pour la première fois aux Etats-Unis en 1940 et sa structure décrite en 1963.

Liens utiles :

<https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/>
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
<https://addictovigilance.fr/bulletin/bulletin-n13-janvier-2020/>

Dépénalisation

La dépénalisation de la consommation de cannabis consisterait à ne plus considérer cet acte comme un délit et à ne plus le punir pénalement.

Le terme de « dépénalisation » peut soit renvoyer à une déjudiciarisation de la consommation (ou de la possession) du produit, même si sa commercialisation demeure interdite, soit à un assouplissement des peines et de la qualification de l'infraction. Ainsi peut-on passer du statut de délit à celui de contravention. Cette modification est également connue sous le nom de contraventionnalisation.

Qu'il s'agisse d'une déjudiciarisation ou d'une contraventionnalisation, la dépénalisation se différencie de la légalisation.

La légalisation modifie le statut légal d'un produit ou un comportement. Là encore, la légalisation

peut revêtir différents aspects. Concernant le cannabis, la légalisation pourrait viser uniquement certains types d'usage (à visée thérapeutique) ou tous les types d'usage (y compris récréatif). La légalisation impliquerait par ailleurs une régulation de l'Etat concernant la production et la vente du cannabis.

Liens utiles :

https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/04/legalisation_elements_de_langage.pdf

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiow3.pdf>

Cannabis thérapeutique

L'utilisation de la plante de cannabis à des fins médicales semble attestée dès l'antiquité. Les publications se sont multipliées pour évaluer les bienfaits supposés du cannabis depuis la seconde moitié du XIXème siècle. Aujourd'hui, l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques, avec des réglementations très diverses, est autorisé ou toléré dans de nombreux pays d'Europe (Allemagne, Italie, Portugal, Espagne, Pays-Bas), mais aussi dans 23 Etats américains, au Canada, en Australie, Nouvelle-Zélande, Chili, Colombie, Israël...

En France, a été publié en juin 2003 un décret abrogeant l'impossibilité d'avoir recours au cannabis en vue d'un usage thérapeutique. Sous l'égide de cette nouvelle réglementation, les médicaments contenant des dérivés du cannabis peuvent faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en France. Par ailleurs, une expérimentation a été lancée début 2021 sous l'égide de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé. Elle doit durer 24 mois avant une évaluation extérieure par des chercheurs de l'INSERM en 2023.

L'étude vise à déterminer les bénéfices et les risques de la consommation de cannabis dans six indications : les douleurs neuropathiques réfractaires, l'épilepsie pharmaco résistante, les spasticités douloureuses de la sclérose en plaque, les symptômes neuropathiques réfractaires, les soins palliatifs et les spasticités douloureuses hors sclérose en plaque. Les patients éligibles à l'expérimentation sont « recrutés » par des structures de référence volontaires, des centres de traitement de la douleur notamment. Si le patient l'accepte, il reçoit alors, au terme d'une première consultation, une prescription de cannabis thérapeutique de 28 jours. Il doit alors désigner un médecin généraliste ou un pharmacien volontaire pour renouveler sa prescription et également se rendre régulièrement à une consultation de suivi auprès de la structure ayant prescrit la première ordonnance. Début octobre 2021, 780 patients avaient participé à cette expérimentation (pour un objectif final de 3000).

Les méta-analyses évaluant actuellement l'efficacité du cannabis notamment dans le traitement de la douleur ou comme antiémétique présentent des résultats contrastés, qui ne sont pas toujours en faveur de la supériorité du cannabis par rapport aux autres traitements existants. Cependant, concernant les douleurs liées à la sclérose en plaques ou certaines épilepsies pharmaco résistantes, l'utilisation du cannabis thérapeutique (avec le CBD concernant les épilepsies) pourrait être efficace.

Lien utile :

<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/cannabis-a-usage-medical/cadre-et-mise-en-oeuvre-de-lexperimentation-du-cannabis-medical>

Cannabinoïdes de synthèse

Les cannabinoïdes de synthèse sont un groupe de substances qui imitent les effets du Δ^9 -tétrahydrocannabinol (THC) (voir définition du THC). A l'instar de ce dernier, ils se lient aux récepteurs cannabinoïdes présents dans l'organisme. Leurs effets sont souvent plus puissants et toxiques que ceux du cannabis classique.

Les cannabinoïdes de synthèse sont parfois présentés comme des « euphorisants légaux » vendus sous forme de « mélanges d'herbes à fumer » et connaissent un large essor depuis la moitié des années 2000. Ils constituent aujourd'hui le plus grand groupe de nouvelles substances psychoactives suivies par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA). Ainsi, parmi les nouvelles substances psychoactives suivies par l'EMCDDA, 169 étaient des agonistes des récepteurs des cannabinoïdes de synthèse en 2016 (contre un en 2008). En 2015, plus de 24 000 saisies de cannabinoïdes de synthèse ont été faites en Europe, pour un total de plus de 2,3 tonnes, soit 7 000 saisies et 1,6 tonnes supplémentaires par rapport à 2014.

La plupart des cannabinoïdes de synthèse sont fabriqués par des entreprises situées en Chine. Ils sont notamment vendus via internet. Les appellations des cannabis de synthèse sont très diverses : Spice, Herbe chamanique, Chimique, K2, MDMB-4en-PINACA, 4F-MDMB-BINACA, 4F-ADB, Yucatan Fire, Sence, Chill X, Smoke, Genie, Algerian Blend, CP-47, 497-C8, JWH-018, HU-201, AM-630, UR-144... Les fabricants de cannabinoïdes de synthèse remplacent les produits, au fur et à mesure de leur interdiction, par d'autres substances non encore identifiées par les autorités de contrôle. Le Baromètre santé de Santé publique France 2017 comportait une question concernant les cannabinoïdes de synthèse. Au total, 1,3 % des 18-64 ans déclarent en avoir déjà fumé, ce qui représente 3 % des expérimentateurs de cannabis et 12 % des usagers dans l'année. Ce pourcentage situe les cannabinoïdes de synthèse à un niveau d'usage similaire à celui de l'héroïne. Les expérimentateurs sont en majorité des hommes (1,7 % vs 0,8 % des femmes) et des moins de 35 ans : 3,5 % des 18-34 ans (4,3 % des hommes et 2,7 % des femmes) ont expérimenté des cannabinoïdes de synthèse, contre 0,2 % des 55-64 ans.

Liens utiles :

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssyb.pdf>

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2753/Synthetic%20cannabinoids_2017_FR.pdf

<https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cannabis-de-synthese>

Usages problématiques : usage nocif et dépendance

L'abus ou usage nocif d'une substance suppose une consommation répétée, avec dommages ou complications, sans phénomène de dépendance.

La dépendance suppose une très grande difficulté à diminuer ou à arrêter sa consommation en dépit des difficultés engendrées. Un phénomène de manque peut être observé en cas d'arrêt.

Le diagnostic clinique d'usage nocif repose sur l'identification de dommages sanitaires et/ou sociaux liés à la consommation et au repérage d'une consommation répétée. Des plaintes émises soit par l'entourage soit par le sujet lui-même contribuent également à l'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de dépendance repose sur la présence d'une « tolérance » (recours à des doses de plus

en plus élevées), d'un syndrome de sevrage, d'épisodes de craving, de l'échec répété des efforts pour contrôler l'utilisation de la substance, d'efforts importants mis en œuvre pour se la procurer, de l'abandon d'activités appréciées et de la poursuite de la consommation en dépit de problèmes physiques ou psychiques exacerbés par cette dernière.

En population générale, le questionnaire d'évaluation CAST (Cannabis Abuse Screening Test) permet également d'évaluer la prévalence des usages nocifs et de la dépendance au cannabis.

Sur la base de ce questionnaire, le Baromètre santé a permis de mesurer la part des usagers dans l'année présentant un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance, passée de 21 % à 25 % entre 2014 et 2017. Ces usagers à risque représentent près de 3 % de l'ensemble des 18-64 ans en 2017. Les hommes présentent plus souvent ce risque que les femmes (28 % vs 19 %). Le risque élevé d'usage problématique culmine à 28 % parmi les usagers âgés de 26 à 44 ans.

Le fait d'avoir fumé seul est la situation la plus fréquemment signalée par les usagers problématiques (54%). Ils sont par ailleurs 39 % à indiquer avoir déjà fumé le matin. Aussi, 26 % indiquent que leur famille ou amis leur ont recommandé de limiter leur consommation et 21 % ont signalé avoir essayé sans succès de réduire leur consommation, ce qui constitue un critère majeur du diagnostic de dépendance.

Liens utiles :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf>

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000138.pdf>

<https://www.addictaide.fr/parcours/cast/>

CSAPA et CJC

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont été créés à l'occasion de la loi du 2 janvier 2002.

Les CSAPA sont des structures pluridisciplinaires (professionnels de santé, travailleurs sociaux) en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, sociale et éducative, qui ont pour mission la prévention et la prise en charge des personnes souffrant d'addiction ou à risque de dépendance.

Ils se caractérisent par leur proximité (avec un maillage territorial permettant d'être au plus près des publics les plus exposés et/ou les plus vulnérables) et par un accompagnement dans la durée. Ils assurent en effet le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

Leurs missions comprennent l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage.

Leur action doit être guidée par le principe de réduction des risques.

« Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés » précisent les textes de loi.

Ils ont remplacé les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun.

Les Consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été créées en 2004 en réponse à la constatation d'une augmentation importante de la consommation de cannabis chez les jeunes entre la fin des années 90 et le début des années 2000.

Ces consultations, proposées au sein des CSAPA ou dans lieux dédiés à l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points Accueil et Ecoute Jeunes) sont gratuites et anonymes.

Elles constituent des lieux d'accueil pour les jeunes mais aussi pour leurs familles, qui se distinguent des centres de soins pour toxicomanes. Les consultants sont reçus par des équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, éducateurs...).

Elles ont une mission d'information et de conseil, d'évaluation et de bilan, et peuvent également si nécessaire mettre en place une prise en charge brève ou orienter vers d'autres structures. Leur fonctionnement repose sur la mise en place d'un dialogue autour des conduites addictives.

Toutes les problématiques liées aux addictions peuvent y être abordées.

L'objectif est un repérage précoce des usages potentiellement problématiques chez les plus jeunes (mineurs ou majeurs).

Selon des chiffres publiés en 2015 par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), la France comptait 540 points de consultation répartis sur plus de 420 communes. Si les CJC peuvent concerner la consommation de tous les types de substances ainsi que les addictions comportementales, 80 % des consultations concernent le cannabis. Le recours contraint aux CJC (décision de justice ou orientation par un tiers) représentant la majorité des motifs de consultation, quand les démarches spontanées sont à l'origine de 17 % des consultations.

Les CJC reçoivent en moyenne 30 000 personnes par an, dont les trois quarts sont des consommateurs.

Liens utiles :

Pour trouver la CJC la plus proche : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage>

https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/01/circulaire_28fevrier2008.pdf

https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/02/PJ2_decret_2007_877_du14mai2007_csa_pa.pdf

<https://www.drogues.gouv.fr/actualites/dossiers/prevenir-accompagner-consultations-jeunes-consommateurs>

RPIB

Le repérage précoce – intervention brève est une méthode destinée à aborder en consultation un déterminant de santé et notamment la consommation de substances psychoactives, afin d'identifier d'éventuels usages problématiques et le cas échéant de proposer une prise en charge précoce ou une orientation. L'efficacité de cette démarche a été confirmée par plusieurs méta-analyses.

Plusieurs méta-analyses suggèrent l'efficacité de cette approche pour permettre d'aborder avec un patient une question de santé et d'encourager vers une évolution de ses usages et habitudes. Le RPIB est encouragé par la majorité des spécialistes de l'addiction, qui signalent le caractère déterminant d'un repérage précoce par des professionnels de santé de première ligne (non spécialistes de l'addiction), afin de limiter le risque d'apparition de dommages. Des outils spécifiques, destinés à faciliter ce repérage précoce en consultation ont été développés.

La Haute autorité de Santé (HAS) a ainsi présenté la démarche de RPIB (adaptée à la consommation de cannabis, mais aussi d'alcool et de tabac) dans une fiche intitulée « Outil d'aide au repérage

précoce et à l'intervention brève ». Dans le cas de la consommation de cannabis, la HAS préconise ainsi d'utiliser le questionnaire CAST qui permet d'évaluer rapidement les risques liés aux habitudes de consommation, aux éventuelles répercussions sur la vie sociale et interroge sur les possibles difficultés d'arrêt ou de réduction de sa consommation.

Le RPIB peut être réalisé au cours de n'importe quelle consultation. Toutefois, certaines situations propres au patient peuvent inciter le praticien à s'engager davantage dans cette voie, de même que différents types de consultation (demande de certificat d'aptitude à la pratique sportive, contraception, vaccination...).

Les outils proposés sur les sites spécialisés (tel intervenir-addictions.fr développé par la Fédération Addiction) ne constituent pas des « modèles » impératifs, mais des supports, des pistes pour ouvrir la conversation avec les patients. Parallèlement aux questionnaires d'évaluation, ces outils peuvent être des mises en situation filmées, des conseils de posture et des guides pour l'orientation des patients.

Liens utiles :

<https://www.respadd.org/reperage-et-autoevaluation/rpib/>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

<https://intervenir-addictions.fr/intervenir/usage-problematique-cannabis-intervention/>

Drogues Info Services

Il s'agit d'un service national d'aide à distance sur les drogues accessible à travers une ligne d'appel (0 800 23 13 13), un site internet (<https://www.drogues-info-service.fr>) et des comptes Twitter et YouTube. Dépendant de l'agence Santé publique France, sous tutelle du ministère de la Santé, sa mission est de répondre aux demandes d'information, de conseil, de soutien, d'orientation en matière de drogues et de dépendances.

La ligne téléphonique est animée par des professionnels de l'écoute des usagers.

Le site Drogues Info Service propose notamment des informations sur la prévalence, un dictionnaire des drogues, des outils pour évaluer et mieux appréhender sa consommation ou celle de ses proches ainsi qu'un forum entre usagers. Un espace est également accessible aux professionnels de l'addictologie, afin qu'ils actualisent les informations disponibles sur leur établissement, tout en leur permettant des recherches plus approfondies sur les structures existantes.

Le traitement des demandes d'aide s'appuie sur des règles d'anonymat, de confidentialité, de neutralité et de non-jugement.

Drogues Info Service a également pour mission de recenser et de mettre à disposition du public l'annuaire national des structures spécialisées en addictologie.

Lien utile :

<https://www.drogues-info-service.fr/Drogues/Home-Professionnels>

Vape

Le vapotage du cannabis tend à se développer depuis quelques années, même s'il demeure un mode d'usage marginal. Les usagers ont soit recours à des e-liquides contenant du CBD fabriqués industriellement ou des e-liquides artisanaux contenant du cannabis (et donc du THC). En France, la légalité de la commercialisation d'e-liquides contenant du CBD a fait l'objet de débats juridiques.

L'étude COSYS (*Cognitive enhancement and consumption of psychoactive substances among youth student*) conduite chez les étudiants signale en 2020 que 3,6 % des usagers de cannabis le vapotent (comme le relève le comité scientifique permanent sur les psychotropes, stupéfiants et addictions de l'Agence nationale de sécurité du médicament en février 2021).

Les écoutants de Drogues Info Service font état depuis 2015 d'une augmentation des appels concernant le vapotage de substances psychoactives et notamment de cannabis. Les données d'addictovigilance signalent également une progression des intoxications liées au vapotage d'e-liquide contenant des cannabinoïdes de synthèse ou des cannabinoïdes naturels. Dans les cas décrits par les réseaux d'addictovigilance (256 au 31 décembre 2019, depuis 2015), l'e-liquide déclaré par l'utilisateur n'était pas un produit répertorié par les réseaux d'addictovigilance dans 21 % des cas. On ne retrouvait pas de correspondance entre l'étiquetage et le contenu pour 60 % des produits analysés .

En 2019, aux Etats-Unis une épidémie de pneumopathies inexplicables chez des vapoteurs (de THC et/ou CBD pour la plupart) a fait l'objet d'une alerte de Santé publique. Les investigations ont cependant permis d'identifier l'acétate de vitamine E, présent dans les produits vapotés, comme le principal suspect à l'origine de ces cas de pneumopathies, sans toutefois complètement exclure la responsabilité d'autres composants. En France, ce phénomène n'a pas été mis en évidence par le dispositif mis en place par Santé publique France en 2019.

Avant cette alerte, des travaux s'étaient intéressés à la dangerosité comparée du cannabis lorsqu'il est vapoté ou fumé. Des travaux publiés dans le JAMA Network Open en novembre 2018 suggèrent ainsi que le vapotage libère des quantités plus importantes de THC que l'inhalation classique.

Liens utiles :

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/221749/2467824>

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2716990>

<https://ansm.sante.fr/uploads/2021/05/04/cr-csp-psa-2021-02-04.pdf>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350621001074?via%3Dihub>

Réduction des risques et des dommages (RdRD)

La Réduction des risques et Des Dommages liés à la consommation de substances psychoactives est une démarche de santé publique née au moment de l'épidémie de VIH/SIDA, avec pour objectif de limiter le nombre de contaminations chez les usagers de drogue injecteurs.

Cadre légal :

La loi de 2004 relative à la politique de santé publique a donné un statut à la politique de RdRD et prévoit notamment que « la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue

visé à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ».

Ce cadre légal a été complété en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, élargissant le périmètre de la RdRD à l'ensemble des dommages (sanitaires, psychologiques, sociaux) et à l'ensemble des substances psychoactives.

Principe :

La réduction des risques est une démarche qui engage les notions de bien-être et de garantie des droits humains, en ce qui concerne notamment la protection des personnes en situation de vulnérabilité. C'est une approche pragmatique qui reconnaît qu'il est parfois impossible pour certains usagers, à un moment donné, d'arrêter totalement sa consommation et que, dans ce cadre, doivent être envisagées d'autres pistes pour restreindre les risques. Cela ne suppose en rien une remise en cause du caractère illicite de certains produits.

La réduction des risques et des dommages se fonde sur plusieurs principes d'intervention qui sont rappelés par la Haute autorité de Santé :

- la suspension du jugement moral sur les usages, les personnes et les comportements,
- la mise en œuvre d'une démarche de proximité (...),
- la participation, dans une optique de santé communautaire, des personnes à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions qui leur sont destinées ».

Notons également que la réduction des risques repose entre autres sur la reconnaissance de l'expertise des usagers.

La mise en œuvre de la Réduction des risques et des dommages est une des missions des CSAPA.

Exemples :

Le Code de santé publique donne des exemples d'actions en lien avec la politique RdRD. Il s'agit de :

- l'information sur les risques et les dommages ; à noter que ces informations peuvent s'appuyer sur l'expérience des usagers eux-mêmes ;
- l'orientation vers les services sociaux et les services de soins spécialisés ; la participation à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées. Certains laboratoires peuvent notamment être sollicités par des professionnels de santé en lien avec des usagers, via des réseaux spécifiques (« analyse ton prod », réseau SINTES de l'OFDT) afin d'analyser la composition de produits ;

- la promotion et la supervision des comportements, des gestes et des procédures de prévention des risques.

—

<https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-reduction-risques-dommages>

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020->

[01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa_recommandations.pdf)

https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2017/04/guide_pratiques_web.pdf

<https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/sintes/>