

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2019

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 1er Avril 2019 à POITIERS
par Mademoiselle GRONDIN Tifaine
née le 3 juillet 1991

**OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites
ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse)**

**État des lieux de la consommation de substances psychoactives
dans le Poitou-Charentes en 2015 et 2016.**

Composition du jury:

Président: Monsieur le Professeur Fauconneau Bernard

Membres: Madame Audige Mathilde, Docteur en Pharmacie

Directeur de thèse: Madame Pain Stéphanie, Maître de conférences



PHARMACIE

Professeurs

- > COUET William, pharmacie clinique PU-PH
- > DUPUIS Antoine, pharmacie clinique PU-PH
- > MARCHAND Sandrine, pharmacocinétique PU-PH
- > RAGOT Stéphanie, santé publique PU-PH

- > CARATO Pascal, chimie thérapeutique PR
- > FAUCONNEAU Bernard, toxicologie PR
- > GUILLARD Jérôme, pharmacochimie PR
- > IMBERT Christine, parasitologie PR
- > OLIVIER Jean Christophe, galénique PR
- > PAGE Guylène, biologie cellulaire PR
- > RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique PR
- > SARROUILHE Denis, physiologie PR
- > SEGUIN François, biophysique, biomathématiques PR

Maîtres de Conférences

- > BARRA Anne, immunologie-hématologie MCU-PH
- > THEVENOT Sarah, hygiène et santé publique MCU-PH

- > BARRIER Laurence, biochimie MCF
- > BODET Charles, bactériologie MCF
- > BON Delphine, biophysique MCF
- > BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie MCF
- > BUYCK Julien, microbiologie, MCF
- > CHARVET Caroline, physiologie MCF
- > DEBORDE-DELAGE Marie, sciences physico-chimiques MCF
- > DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique MCF
- > FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire MCF
- > GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie, MCF

- > GREGOIRE Nicolas, pharmacologie MCF
- > HUSSAIN Didja, pharmacie galénique MCF
- > INGRAND Sabrina, toxicologie MCF
- > MARIVINGT-MOUNIR Cécile pharmacochimie MCF
- > PAIN Stéphanie, toxicologie MCF
- > RIOUX BILAN Agnès, biochimie MCF
- > TEWES Frédéric, chimie et pharmacochimie MCF
- > THOREAU Vincent, biologie cellulaire MCF
- > WAHL Anne, chimie analytique MCF

Maîtres de Conférences Associés - officine

- > DELOFFRE Clément, pharmacien
- > HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

Enseignants d'anglais

- > DEBAIL Didier
- > GAY Julie

Remerciements

Aux membres de mon jury,

A Madame Stéphanie Pain,

pour m'avoir proposé ce sujet et avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour votre temps, votre écoute et vos conseils.

A Monsieur Bernard Fauconneau,

pour avoir accepté de présider ce jury et s'être rendu disponible aujourd'hui.

A Mathilde Audigé,

pour me faire l'honneur de juger mon travail aujourd'hui, et pour tous tes conseils prodigués tout au long de mes études, toi qui est mon amie depuis l'enfance.

A tous ceux qui m'ont donné le goût du métier de pharmacien.

A Madame Champion,

pour m'avoir transmis votre passion, pour vous être toujours rendue disponible et m'avoir permis d'effectuer des stages dans votre officine.

A l'équipe de la pharmacie Blanche-Laroche-Bireau,

pour m'avoir accueillie pendant six mois lors de mon stage de pratique professionnelle, et avoir été d'une grande aide pendant mes révisions.

A l'équipe de la pharmacie des Arènes,

pour votre temps, votre patience, votre aide tout au long de mes études et vos encouragements. Je suis très heureuse de faire partie de votre équipe aujourd'hui.

A ma famille qui a toujours su me changer les idées et me faire prendre du recul quand j'en avais besoin, je n'y serais jamais arrivée sans vous.

A vous Papa et Maman,

pour votre soutien infailible, pour m'avoir donné les moyens d'entreprendre mes études, d'avoir supporté mes moments de doute et de toujours m'encourager. Merci maman d'avoir pris du temps pour relire mon travail.

A vous mes sœurs, Marine et Laurianne,

pour être vous, me faire rire, m'avoir soutenu quand je doutais et de toujours croire en moi.

A mes neveux, Noa, Joan et Abel,

pour votre patience tous ces moments où il fallait "laisser tatie travailler".

A toi Arnaud,

pour être à mes côtés, pour avoir joué les chauffeurs quand j'avais besoin de me rendre à Poitiers, et pour m'avoir encouragé à finir mon travail.

A mes amies, Alice, Anne-Sophie, Aurélie, Cyrielle, Lucie, Noémie,

pour votre amitié qui a commencé à la fac et qui se poursuit aujourd'hui. Je suis heureuse d'avoir traversé ces années avec vous et vous suit reconnaissante pour tous ces merveilleux souvenirs de mes années d'études.

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES FIGURES.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
Introduction	9
PARTIE I: L'enquête OPPIDUM Généralités	10
I. CEIP.....	11
II. Enquête OPPIDUM.....	12
III. Centres participants à l'enquête.....	13
1. CSAPA ambulatoire.....	13
2. Les unités hospitalières d'addictologie.....	13
3. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques liés à l'Usage de Drogue (CAARUD).....	13
4. Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).....	14
5. Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).....	14
IV. Substances psychoactives.....	14
V. Les principales substances psychoactives illicites	15
1. Le cannabis.....	15
a) Généralités.....	15
b) THC.....	15
c) Modalités d'usage.....	15
(a) L'herbe.....	15
(b) La résine.....	15
(c) L'huile.....	16
(d) Autre.....	16
d) Effets à court terme.....	16
e) Bad Trip.....	16
f) Effets à long terme.....	17
(a) Impact social.....	17
(b) Effets physiques.....	17
(c) Effets psychiques.....	17
g) Statut légal.....	18
2. Héroïne.....	18
a) Généralités.....	18
b) Synthèse et caractéristiques chimiques.....	18
c) Pharmacologie.....	18
d) Modalités d'usage.....	18
e) Effets à court terme.....	19

f)Effets à long terme.....	19
g)Risques liés à l'injection.....	20
h)Overdose.....	20
i)Statut légal.....	20
3.Cocaïne.....	21
a)Généralités.....	21
b)Modalités d'usage.....	21
c)Effets recherchés.....	21
d)Effets indésirables.....	21
(a)A court terme.....	21
(b)A long terme.....	22
(c)La descente.....	22
e)Statut légal.....	22
VI. Principales substances psychoactives licites	22
1.Benzodiazépines et dérivés.....	23
a)Mécanisme d'action.....	23
b)Effets pharmacologiques.....	23
c)Indications.....	23
d)Effets indésirables.....	23
e)Contre indications.....	24
f)Conditions de prescription et de délivrance.....	24
2.Morphine et dérivés.....	24
a)Mécanisme d'action.....	24
b)Indications.....	25
c)Effets indésirables.....	25
d)Contre indications.....	26
e)Conditions de prescription et de délivrance.....	26
(a)Prescription	26
(b)Délivrance.....	26
VII. Addiction.....	27
VIII. Traitement de substitution aux opiacés.....	28
1.Méthadone	28
a)Généralités.....	28
b)Indications.....	28
c)Suivi du traitement.....	28
d)Contre indications.....	29
e)Effets indésirables.....	29
f)Grossesse et allaitement.....	29
g)Conditions de prescription et de délivrance.....	29
h)Statut légal.....	29
2.Buprénorphine haut dosage.....	30
a)Généralités.....	30
b)Indications.....	30

c)Effets indésirables.....	30
d)Contre indications.....	30
e)Grossesse et allaitement.....	30
f)Conditions de prescription et de délivrance.....	31
g)Statut légal.....	31
3.Suboxone®.....	31
a)Généralités.....	31
b)Indications.....	31
c)Effets indésirables.....	31
d)Contre indications.....	32
e)Grossesse et allaitement.....	32
f)Condition de prescription et de délivrance.....	32
g)Statut légal.....	32
Partie II: Enquête OPPIDUM Résultats.....	33
I. Organisation du programme.....	34
II. Type et durée d'enquête.....	34
III. Population	34
IV. Critères d'inclusion.....	34
1.Sujets.....	34
2.Produits.....	34
V. Critères de non inclusion.....	34
1.Sujets.....	34
2.Produits.....	35
VI. Recueil des informations.....	35
VII. Résultats des enquêtes OPPIDUM de 2015 et 2016 en Poitou-Charentes:	
Analyse et discussion.....	35
1.Résultats généraux.....	35
2.Données socio-économiques.....	36
a)Age.....	36
b)Sexe.....	37
c)Activité professionnelle	37
d)Revenus.....	38
e)Logement.....	39
f)Niveau d'étude.....	40
3. Consommation de tabac.....	41
4.Dépendance alcoolique.....	42
5.Premier produit psychotrope consommé	42

6.Premier produit ayant entraîné une dépendance	44
7.Consommation de produits illicites.....	45
8.Consommation de médicament de substitution aux opiacés.....	48
a)Année 2015: Poitou-Charentes.....	48
b)Année 2016: Poitou-Charentes.....	48
9.Consommation de Buprénorphine Haut-dosage.....	49
10.Consommation de Suboxone®.....	52
11.Consommation de Méthadone.....	52
12.Évaluation de l'abus et de la dépendance des produits et des modes d'obtention	55
a)Benzodiazépines et apparentés.....	55
(a)Année 2015: Poitou-Charentes.....	55
(b)Année 2016: Poitou-Charentes.....	55
(c)Résultats de l'enquête nationale en 2016.....	56
(d)Analyse des résultats.....	56
b)Les analgésiques opioïdes.....	57
(a)Année 2015.....	57
(b)Année 2016.....	57
(c)Analyse des résultats.....	57
13.Mode d'obtention illégal des médicaments.....	58
a)Année 2015.....	58
b)Année 2016.....	58
c)Analyse des résultats.....	59
14.Drogues de synthèse.....	61
Conclusion	63
Bibliographie.....	64
ANNEXES.....	66
RESUME.....	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des usagers de BHD dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés.....	53
Tableau 2: Caractéristiques des usagers de BHD hors protocole de substitution aux opiacés.....	54
Tableau 3: Caractéristiques des usagers de méthadone dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés dans le Poitou-Charentes en 2015.....	56
Tableau 4: Caractéristiques des usagers de méthadone dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés dans le Poitou-Charentes en 2016.....	57
Tableau 5: Consommation des benzodiazépines et apparentés en France en 2016: part de chaque benzodiazépines parmi l'ensemble des benzodiazépines.....	59
Tableau 6: Obtention illégale des médicaments dans le Poitou-Charentes en 2016.....	62
Tableau 7: Les 10 médicaments ayant la plus grande part d'obtention illégale.....	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Nombre de sujets participants et quantité de SPA consommées.....	37
Figure 2: Âge moyen.....	40
Figure 3: Sexe des patients.....	41
Figure 4: Pourcentage de sujets ayant une activité professionnelle.....	41
Figure 5: Ressources.....	42
Figure 6: Logement stable.....	43
Figure 7: Enfant(s) à charge.....	43
Figure 8: Répartition du niveau d'étude dans le Poitou-Charentes en 2015.....	44
Figure 9: Répartition du niveau d'étude dans le Poitou-Charentes en 2016.....	44
Figure 10: Nombre de cigarettes fumées par jour dans le Poitou-Charentes en 2015.....	45
Figure 11: Nombre de cigarettes fumées par jour dans le Poitou-Charentes en 2016.....	45
Figure 12: Dépendance alcoolique.....	46
Figure 13: Premier produit psychotrope consommé.....	46
Figure 14: Âge au moment de la 1ère expérimentation.....	47
Figure 15: Premier produit psychotrope consommé ayant entraîné une dépendance.....	48
Figure 16: Âge moyen au moment de la 1ère dépendance à un produit.....	48
Figure 17: Produits illicites consommés.....	49
Figure 18: Usage quotidien	50
Figure 19: Voie d'administration de l'héroïne.....	50
Figure 20: Voie d'administration de la cocaïne.....	51
Figure 21: Proportion de sujets sous protocole de substitution aux opiacés.....	52
Figure 22: Consommateurs d'opiacés.....	61
Figure 23: Part des sujets ayant obtenu illégalement leur médicament.....	64

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM: Agence Nationale de Sécurité des Médicaments

ASOS: Antalgiques, Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées

ATU: Autorisation Temporaire d'Utilisation

BHD: Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD: Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques liés à l'Usage de Drogue

CEIP: Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CIM: Classification Internationale des Maladies

CSAPA: Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DRAMES: Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances

DSM: Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

DTA: Décès Toxiques par Antalgiques

ELSA: Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMA: Agence Européenne du Médicament

GABA: acide gamma-aminobutyrique

IV: intraveineux

LSD: Diéthylamide de l'acide lysergique

MDMA: 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

n: nombre de sujet

NIDA: National Institute of Drug Abuse

NOTS: notification spontanée

NPS: Nouveaux Produits de Synthèse

NR: Non Renseigné

OEDT: Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OFDT: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OPEMA: Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire

OPPIDUM: Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

OSIAP: Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible

PCA: Patient Controlled Analgesia

PLS: Position Latérale de Sécurité

PPSI: Potentiel Post-Synaptique Inhibiteur

SMPR: Service Médico-Psychologique Régional

SINTES: Système d'Identification National des Toxiques Et Substances

SPA: Substance Psychoactive

THC: Δ -9-tétra-hydro-cannabinol

TSO: Traitement de Substitution aux Opiacés

VIH: Virus de Immunodéficience Humaine

Introduction

L'enquête OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est une enquête nationale, annuelle coordonnée par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM). Elle s'adresse à des patients qui consultent dans des structures spécialisées en addictologie. Elle recueille de façon anonyme des informations sur les usagers de substances psychoactives (données socio-économiques, substances consommées, profils d'usage...). Ce programme permet chaque année de dresser un profil des usagers de substances psychoactives en France, de détecter l'émergence de nouvelles substances ou encore de visualiser l'évolution des usages.

Dans cette ouvrage seront décrits les résultats des enquêtes OPPIDUM menées en 2015 et 2016 dans la région Poitou-Charentes, afin d'établir un état des lieux de la consommation de substances psychoactives par les patients suivis dans les structures spécialisées de la région, et d'établir un parallèle avec les données recueillies au niveau national.

Dans un premier chapitre seront détaillés les différents acteurs de l'enquête OPPIDUM, ainsi que les modalités de cette étude.

Ensuite seront présentés les principales substances psychoactives ainsi que les traitements de substitution aux opiacés mentionnés au cours de l'enquête.

Enfin, nous exposerons et discuterons les résultats des enquêtes de 2015 et 2016 dans la région Poitou-Charentes, en les comparant avec les données de l'enquête nationale 2016.

PARTIE I

L'enquête OPPIDUM

Généralités

I. CEIP

Il existe 13 Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) en France à:

Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Paris, Marseille, Montpellier, Nancy, Poitiers, Bordeaux, Lyon, Nantes et Toulouse.

L'ANSM coordonne ce réseau qui constitue le système français d'évaluation de la pharmacodépendance (addictovigilance), sur tout le territoire depuis 1990.

Les CEIP ont trois principales missions.

La première est de recueillir et d'évaluer les cas de dépendance et d'abus de substances psychoactives, qu'elles soient licites ou non, à l'aide de différents outils pharmaco-épidémiologiques (comme l'enquête OPPIDUM qui sera distillée dans la suite de ce document). Cela permet entre autre de détecter les nouvelles drogues consommées, d'identifier les risques pour la santé publique...

La deuxième est d'informer sur le risque d'abus et de pharmacodépendance que ce soit auprès des professionnels de santé ou du public. Pour cela, les CEIP rédigent des bulletins régionaux et nationaux, participent à des formations auprès des partenaires de santé et des étudiants (médecins, pharmaciens, infirmiers,...), communiquent via leurs sites internet...

Enfin, les CEIP réalisent des travaux de recherche (fondamentale ou appliquée) sur les risques de pharmacodépendance et d'abus des substances psychoactives.

Les différents travaux des CEIP peuvent être portés au niveau européen et international, via leurs transmissions par l'ANSM auprès de l'OEDT (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), de l'EMA (Agence européenne du médicament), et de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Les CEIP utilisent différents outils au niveau national, afin de remplir leur mission:

- ASOS (Antalgiques, Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées) est un système de recueil annuel d'informations concernant les ordonnances, les stupéfiants et les ordonnances sécurisées auprès des pharmaciens.
- DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) est une enquête annuelle réalisée auprès de toxicologues concernant les décès en lien avec la prise de substances psychoactives, ce qui permet d'identifier et de quantifier les différentes substances mises en cause.
- DTA (Décès Toxiques par Antalgiques) est un recueil annuel prospectif des cas de décès liés à l'usage d'antalgiques.
- NOTS (Notification Spontanée) est un système de recueil des notifications spontanées de pharmacodépendance ou d'abus de substances psychoactives.
- OSIAP (Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible) est un système de recueil renseigné par les pharmaciens d'officine, il permet:
 - "d'identifier les médicaments détournés à partir d'ordonnances falsifiées présentées en pharmacie d'officine.
 - de déterminer le palmarès des médicaments les plus détournés aux niveaux régional et national par rapport aux chiffres de vente. "

- OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) est une enquête pharmaco-épidémiologique nationale transversale conduite auprès d'un réseau de médecins généralistes, et porte sur la consommation des substances psychoactives par des patients toxicomanes.
- OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse)
- SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et Substances) a pour objectif d'apporter une meilleure connaissance sur les drogues illicites par l'analyse qualitative et quantitative des produits saisis.
- Soumission chimique est un dispositif d'observation prospectif et permanent qui recense tous les cas de soumissions chimiques (administration à des fins criminelles ou délictuelles d'une substance psychoactive à l'insu de la victime), avec identification et dosage des substances en cause. [1]

II. Enquête OPPIDUM

L'enquête oppidum (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse), est un programme national, annuel et anonyme organisé par l'ANSM. Chaque CEIP organise cette enquête dans sa propre région.

Le programme, qui est sous la responsabilité du centre d'addictovigilance de Marseille, a été réalisé pour la première fois en 1990 au niveau locale en tant que programme pilote, puis est devenu national depuis 1995.

Elle est dès lors réalisée chaque année en octobre sur une période de 4 semaines.

"Ce programme concerne les patients présentant un abus ou une pharmacodépendance à une substance psychoactive (sauf tabac et alcool) et/ou consommant un médicament de substitution aux opiacés. "

L'enquête est réalisée par le biais de structures spécialisées fréquentées par les patients.

Ce programme présente plusieurs objectifs:

- "dégager des tendances évolutives sur les modalités de consommation et d'obtention des produits psychoactifs qu'ils soient médicamenteux ou non.
- décrire les usages des médicaments de substitutions de la dépendance aux opiacés.
- contribuer à l'évaluation de l'abus et de la pharmacodépendance aux opiacés.
- décrire les consommations de produits dans des populations spécifiques, comme ceux recrutés via les prisons.

Des structures variées impliquées dans l'addictologie, reçoivent de la part des différents CEIP, mandatés par l'ANSM, des fiches à remplir par les médecins ainsi que des documents d'aide au remplissage de ces fiches.

Les fiches peuvent être divisées en trois parties:

Une première partie fiche patient qui renseigne les données socio-économiques du patient et les informations sur les premiers psychotropes consommés.

Une seconde partie Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) consommés actuellement, qui renseigne les informations concernant le protocole de substitution aux opiacés, s'il en a un. Enfin une partie fiche produit qui renseigne sur la consommation de substances psychoactives (licites ou illicites) consommées.

Les fiches dûment remplies sont ensuite renvoyées aux différents CEIP correspondant, qui les transmettent ensuite au centre coordinateur du programme, qui depuis 2004 est le CEIP-A de Marseille. [2]

III. Centres participants à l'enquête

1. CSAPA ambulatoire

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), sont des structures d'accueil et d'accompagnement des personnes rencontrant des difficultés liées à l'usage de drogues licites ou illicites, présents dans tous les départements de France. La prise en charge est entièrement gratuite (financée par l'assurance maladie) et anonyme.

De part la pluridisciplinarité des professionnels rencontrés (médecins, psychologues, pharmaciens, assistants des services sociaux, éducateurs spécialisés...), les patients bénéficient d'un accompagnement global et adapté à chacun. En effet, celui-ci peut aller de la simple écoute à la mise en place et au suivi d'un traitement de substitution aux opiacés par exemple. [3]

2. Les unités hospitalières d'addictologie

La plupart des hôpitaux proposent des consultations en externe permettant une prise en charge pluridisciplinaire des patients, semblable à celle proposée dans les CSAPA. Dans certains cas, une hospitalisation ou un accueil résidentiel peut être proposé. [3]

3. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques liés à l'Usage de Drogue (CAARUD)

Ce sont des centres d'accueil des usagers de drogues à haut risques d'infections et de contaminations. Ils constituent avant tout un refuge pour des personnes en situation de détresse. La prise en charge se fait sans le préalable d'une démarche de soin.

L'objectif étant de réduire les risques liés aux consommations de drogues, ces centres distribuent du matériel stérile, dispensent certains soins, proposent des services tels que l'utilisation de lave-linge, douche, afin d'aider ces patients souvent en situation de précarité.

L'accueil se fait dans des locaux fixes en journée et dans de rares cas, pour une nuit (spleen-in). Certaines équipes partent à bord de bus à la rencontre des patients, dans des lieux connus de consommation.

Le personnel de ces centres est pluridisciplinaire.

Certaines équipes assurent un rôle de médiateurs avec les riverains et nettoient les rues (ramassage de seringues souillées). [3]

4. Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

Ce sont des services de psychiatrie implantés dans les centres pénitentiaires. Ils sont rattachés au centre hospitalier spécialisé de leur département.

La mission des SMPR comprend d'abord la prévention et le dépistage. Ils dispensent également des soins sous réserve du libre consentement du détenu, à l'exception de ceux justifiant une hospitalisation d'office ou l'application de l'article D. 398 du code de procédure pénale (trouble mental incompatible avec le maintien en détention). [4]

5. Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Ces équipes travaillent en partenariat avec des services d'hospitalisation capables de réaliser des sevrages simples. Elles ont pour mission de former, assister, conseiller les soignants des différents services ou structures d'un établissement de santé, afin d'assurer l'accueil, l'écoute, l'évaluation et l'accompagnement de patients présentant des conduites addictives.

Ces ELSA peuvent ensuite orienter ces patients vers des structures adaptées (hôpital de jour, unité spécialisée en addictologie) à leurs besoins. [5][6]

IV. Substances psychoactives

Une substance psychoactive (SPA), est une substance qui lorsqu'elle est ingérée ou administrée, va altérer les fonctions du cerveau, avec pour conséquences des modifications au niveau de la perception (visuelle, auditive, corporelle), des sensations, de l'humeur, de la conscience, du comportement.

L'utilisation du terme psychoactif, n'implique pas obligatoirement la dépendance à une substance.

Les substances psychoactives peuvent être classées selon différents modèles: leur cadre légal, c'est à dire qu'elles soient licites (vente et usage autorisés par la loi mais réglementés) ou illicites (usage et trafic interdits par la loi), les effets qu'elles procurent (positifs/négatifs), leurs origines (naturelle/synthétique), leurs effets cliniques (sédatif/excitant/hallucinogène)... [7][8]

V. *Les principales substances psychoactives illicites*

Les résultats de l'enquête OPPIDUM seront exposés dans la partie II de ce document. D'après les données de cette enquête réalisée dans le Poitou-Charentes auprès de toxicomanes suivis dans des structures spécialisées en addictologie, les trois principales substances psychoactives illicites citées par ces patients sont: le cannabis, l'héroïne et la cocaïne.

1. *Le cannabis* [9][10][11][12][13][14]

a) *Généralités*

Le cannabis est issu d'une plante originaire d'Asie centrale: le *Cannabis sativa*. De la famille des Cannabinacées, elle possède deux principales variétés:

-*cannabis sativa sativa*

-*cannabis sativa indica*

Cannabis sativa sativa, ou chanvre textile, est cultivé en Europe pour ses fibres et ses graines oléagineuses à des fins industrielles.

Dans les pays plus chauds ou dans des conditions de cultures adaptées, le chanvre va s'appauvrir en fibres, et s'enrichir en une substance psychoactive: le Δ -9-tetra-hydro-cannabinol. Le chanvre ainsi obtenu correspond au *Cannabis sativa indica* encore appelé chanvre indien. [12] [14]

b) *THC*

Le principe actif responsable des effets du cannabis sur le cerveau est le THC (Δ -9-tetra-hydro-cannabinol). Sa formule brute est $C_{21}H_{30}O_2$. Principalement présent dans la résine, on le retrouve également dans les feuilles. Sa présence varie selon les produits consommés, mais on observe une augmentation de sa concentration dans les produits retrouvés de nos jours comparées à celle présente par le passé (3,4% en 1993 vs 8,8% en 2008). [15]

c) *Modalités d'usage*

Le cannabis est consommé sous différentes formes.

(a) *L'herbe*

Synonyme: marijuana, beuh, ganja,...

C'est un mélange de feuilles, de tiges, et de fleurs séchées du chanvre indien. L'herbe est destinée à être inhalée seule ou mélangée à du tabac dans des cigarettes roulées ("joint", "pétard", "spliff"...), dans une pipe ou une pipe à eau ("bong" ou "bang").

(b) *La résine*

Synonyme: hasch, haschich, shit, chichon,...

Obtenue à partir des extrémités fleuries de la plante, la résine se présente sous la forme de plaque compacte plus ou moins dure appelées barrettes ou boulettes. Elle est destinée à être

inhalée, en général coupée à du tabac ("joint") mais peut aussi être coupée à d'autres substances plus ou moins toxiques (henné, paraffine, cirage...) dont l'objectif est d'en améliorer la qualité, ou encore d'augmenter son volume et par conséquent son prix.

(sa teneur en THC est élevée, de l'ordre de 12 à 15%.)

(c) L'huile

Obtenue à partir de l'extraction de la résine par de l'alcool à 90° suivie d'une exposition au soleil pour évaporer l'alcool, l'huile se présente sous la forme d'un liquide visqueux destiné à être ajouté à des cigarettes. Sa teneur en THC est très forte, son utilisation est assez peu répandue en France.

(d) Autre

En France, le cannabis est plus rarement utilisé comme ingrédient culinaire entrant principalement dans la préparation de gâteau (space cake) ou infusion.

d) Effets à court terme

Les effets vont varier selon plusieurs paramètres: produit et quantité consommée, mode de consommation, teneur en THC, contexte de consommation (seule ou en groupe), variation inter-individuelle...

Lorsque le cannabis est fumé, ses effets apparaissent rapidement, s'intensifient au bout de 15 à 20 minutes et durent entre 2 et 4 heures. Lorsqu'il est ingéré, ses effets apparaissent au cours de la digestion (selon les cas entre 1/2h et 2h après la consommation) et ont une durée un peu plus longue (4 à 6 heures).

L'effet recherché va être un état de bien être, de détente, il est souvent décrit une sensation de "planer", avec modification des perceptions visuelles et/ou auditives, une désinhibition, une euphorie, et une sensation d'intensité des émotions et des sentiments.

Cependant, des effets indésirables d'intensité variables peuvent accompagner la consommation de cannabis, allant de la bouche sèche, yeux rouges, troubles digestifs, maux de tête, altération de la mémoire immédiate, jusqu'à une sensation de mal être et d'anxiété pouvant conduire au malaise: le bad trip.[3]

e) Bad Trip

Le bad trip (mauvais voyage), est une intoxication aiguë qui peut survenir dès la prise du produit (phase de montée) ou plusieurs heures après (phase de plateau, avant la descente). Toutes les substances psychoactives peuvent entraîner un bad trip.

Les personnes victimes de bad trip présentent des tremblements, des nausées et vomissements, des sueurs, une impression de confusion, d'étouffement, une angoisse très forte, une sensation de persécution, parfois des hallucinations. Les personnes sont alors en proie à une crise de panique pouvant mener à des actes de violence et une mise en danger de la personne elle-même ou de son entourage.

Le malaise peut aller jusqu'à la perte de connaissance.

La fatigue, une fragilité psychologique, une consommation conjointe d'alcool, sont des facteurs prédisposant qui ont pu être mis en évidence.

En cas de bad trip, il faut calmer la personne concernée, lui demander de respirer profondément et attendre que cela passe. En cas de perte de connaissance, il faut positionner la personne en PLS (Position Latérale de Sécurité) et contacter le 15. [16]

f) Effets à long terme

Une consommation régulière et au long cours de cannabis peut entraîner différents effets néfastes, notamment chez les sujets les plus fragiles que ce soit physiquement ou psychologiquement.

(a) Impact social

Les consommateurs réguliers vont avoir tendance à se replier sur eux même, et de manière insidieuse à se couper du monde qui les entoure, le cannabis entraînant une perte de motivation et un isolement sociale (professionnel, scolaire, familiale).

(b) Effets physiques

- Effets liés au mode de consommation (inhalation): comme pour la cigarette, fumer du cannabis a un impact sur le système respiratoire (infection respiratoire, essoufflement, toux, bronchite chronique).
- De plus, les substances contenues dans le cannabis sont cancérigènes (plus que celles retrouvées dans le tabac), entraînant un risque plus important chez les personnes consommant du cannabis de développer un cancer de la gorge ou des poumons.
- Consommer du cannabis modifie le rythme cardiaque et peut donc être dangereux chez les personnes souffrant de pathologie cardiaque.
- Altération de la structure du cerveau et des fonctions cognitives chez les fumeurs de longue durée. L'importance de ces atteintes est plus élevée chez les jeunes sujets, chez qui le cerveau est en plein développement.
- Atteinte des gencives et des dents, avec risque de développement de gingivites, de parodontites, ou encore de stomatites.

(c) Effets psychiques

- Le cannabis diminue les capacités de mémoire immédiate, de concentration, de vigilance, de prise de décision, et d'attention chez les consommateurs réguliers, ces anomalies pouvant persister après l'arrêt de la consommation.
- Chez certaines personnes, notamment les plus fragiles, le cannabis peut déclencher ou aggraver des troubles psychiques préexistant comme l'anxiété, la dépression, des crises de panique ou encore les manifestations d'une maladie mentale grave qui est la schizophrénie.
- Le cannabis peut entraîner une dépendance tant physique que psychique.

g) Statut légal

Le cannabis est une drogue classée parmi les stupéfiants.

L'usage est interdit: l'article L3424-1 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (jusqu'à 3 750€) et des peines de prison (jusqu'à 1 an).

L'incitation à l'usage et au trafic et la présentation du produit sous un jour favorable sont interdites: l'article L3421-4 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (jusqu'à 75 000€) et des peines de prison (jusqu'à 5 ans).

Les actes de trafic sont interdits: les articles 222-34 à 222-43 du Code Pénal prévoient des amendes (jusqu'à 7 500 000€) s'accompagnant de peines de prison (jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle). [3]

2. Héroïne [3]

a) Généralités

L'héroïne est un opiacé synthétisé à partir de la morphine elle-même extraite d'une plante: le pavot blanc également appelé le pavot à opium (*Papaver somniferum*).

Il existe trois formes d'héroïne:

- la poudre de couleur blanche, rose, brune ou beige.
- la forme granuleuse de couleur brune ou grise, qui prend le nom de "brown sugar".
- La forme collante comme du goudron liquide ou dure comme du charbon dont la couleur varie du brun foncé au noir.

Synonyme: héro, came, meca, rabla, poudre, blanche, smack, brown sugar, black tar...

b) Synthèse et caractéristiques chimiques

L'héroïne ou diacétylmorphine est obtenue par acétylation de la morphine brute.

Sa formule brute est: $C_{21}H_{23}NO_5$.

c) Pharmacologie

L'héroïne est un dépresseur du système nerveux central. Elle va agir par une action agoniste au niveau des récepteurs μ , δ et κ aux opioïdes endogènes (endorphines), ce qui va entraîner une analgésie, une euphorie, une somnolence et un sentiment de détachement du réel. [17][18]

d) Modalités d'usage

L'héroïne peut être consommée de trois façons:

Tout d'abord elle peut être sniffée, positionnée en ligne, la poudre est alors aspirée par les narines, le plus souvent à l'aide d'une paille.

Ensuite elle peut être injectée ("fix", "shoot"). L'héroïne est alors placée dans une cuillère,

mélangée avec de l'eau et avec un diluant acide dans le cas de l'héroïne brune. La préparation est ensuite aspirée dans une seringue après avoir placé un filtre (appelé coton) devant l'embout pour filtrer ce qui n'a pas été dilué, puis injectée par voie intra-veineuse. L'héroïne est parfois injectée en association avec de la cocaïne, on parle alors de "speedball".

Enfin elle peut être inhalée ("chasser le dragon"). Pour cela, l'héroïne est posée sur un papier aluminium qui est ensuite chauffé à la flamme d'un briquet. L'évaporation ainsi produite est aspirée à l'aide d'une paille afin d'absorber une grande quantité de produit en une seule inhalation. L'héroïne peut également être fumée, mélangée à du tabac (pipe à eau, pipe classique, cigarette).

e) Effets à court terme

L'héroïne est surtout recherchée pour le bien-être physique et psychique qu'elle procure. Le consommateur va également rechercher à apaiser une douleur physique ou morale, à avoir confiance en soi, ou encore à atteindre un état de désinhibition ou d'euphorie tout en restant lucide.

Trois étapes sont décrites lors de la consommation d'héroïne:

Tout d'abord le flash qui est une montée rapide et brève des effets tant physique que psychique. Ensuite vient le plateau qui est une sensation de calme, d'apaisement, où angoisse et anxiété vont diminuer. Cette phase de relaxation profonde peut durer de 3 à 4 heures. Enfin la descente correspond à la phase au cours de laquelle les effets de l'héroïne diminuent progressivement et va être suivi par une période de somnolence.

Des effets indésirables peuvent survenir dès la première utilisation: nausée, vomissement, constipation, démangeaison, assèchement des muqueuses, somnolence, ralentissement du rythme respiratoire et/ou cardiaque ainsi que de la tension artérielle pouvant conduire à d'importants vertiges.

L'effet du produit est rapide et varie selon le mode d'administration. Il est de +/- 20 secondes lorsqu'il est injecté, +/- 20 minutes lorsqu'il est sniffé et dure de 1 à 2 minutes lorsqu'il est inhalé.

En général, la durée des effets est de l'ordre de 4 à 6 heures (héroïne brune) pouvant aller jusqu'à 8 à 12 heures (héroïne blanche).

Les effets vont varier selon chaque personne, le mode de consommation et la quantité consommée. [3][8]

f) Effets à long terme

Après seulement quelques jours, voire quelques semaines, une tolérance va s'installer. L'usager va ressentir le besoin d'augmenter les doses en quantité puis en fréquence, afin de ressentir les effets recherchés lors des premières prises.

Au fil des consommations, les effets recherchés vont avoir tendance à diminuer face aux effets indésirables:

perturbation du cycle du sommeil, perturbation des cycles menstruels, troubles sexuels,

problèmes bucco-dentaires, fragilisation des os, carences, malnutrition...

Lorsque la consommation est devenue régulière, un état de manque entre deux prises se fait connaître. Cet état est caractérisé par divers signes: pouls élevé, sensation de froid intense, éternuement, rhinorrhée, larmoiement, douleurs musculaires, troubles intestinaux, nausées, pupille dilatée, hypersensibilité à la douleur, angoisse...

La principale préoccupation de l'usager va devenir la recherche et la consommation d'héroïne.

Cet état de dépendance, ainsi que le coût élevé de l'héroïne, entraîne des risques importants de marginalisation sociale, les consommateurs d'héroïne se retrouvent dans des situations de précarité importante.

g) Risques liés à l'injection

Les héroïnomanes sont exposés à des risques élevés d'infections qui peuvent mettre en jeu leur pronostic vital.

En effet, la consommation peut se faire dans des environnements à l'hygiène insuffisante, pouvant provoquer des infections locales dues à des bactéries ou des champignons.

De plus, le partage et la réutilisation de matériels d'injection favorisent la transmission du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et des hépatites B et C.

h) Overdose

L'overdose ou surdosage, est une urgence médicale qui met en jeu le pronostic vital.

Le rythme respiratoire ralentit brutalement, les pupilles se resserrent, le corps et l'esprit sont engourdis et sont indifférents au monde extérieur, la peau devient pâle tandis que les lèvres, les mains et les pieds bleuissent. Ces effets peuvent entraîner un coma et parfois la mort.

Le surdosage peut survenir quel que soit le mode de consommation et quelle que soit la quantité consommée. Cependant, certains facteurs de risques ont été mis en évidence:

- première prise
- reprise de consommation après une période de sevrage prolongée
- héroïne très concentrée ou coupée avec des tranquillisants
- en association avec d'autres substances psychoactives [3][8]

En janvier 2018, le Nalscue® a obtenu une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Ce spray nasale est utilisé pour le traitement d'urgence des surdoses aux opioïdes et est composé de naloxone, qui est un antagoniste pur et spécifique des morphinomimétiques et va donc antagoniser leurs effets (dépression respiratoire, myosis, analgésie). A ce jour, ce médicament est disponible selon des dispositions dites post-ATU. [1][18][19]

i) Statut légal

L'héroïne est une drogue classée parmi les stupéfiants.

L'usage est interdit: l'article L3421-1 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (jusqu'à 3 750€) et des peines de prison (jusqu'à 1 an).

L'incitation à l'usage et au trafic et la présentation du produit sous un jour favorable sont interdites: l'article L3421-4 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (jusqu'à 75 000€) et des peines de prison (jusqu'à 5 ans).

Les actes de trafic sont interdits: les articles 222-34 à 222-43 du Code Pénal prévoient des amendes (jusqu'à 7 500 000€) s'accompagnant de peines de prison (jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle). [3]

3. ***Cocaïne*** [3] [8][11][20]

a) Généralités

La cocaïne ou benzoylecgonine est une substance psychostimulante. Elle constitue le principal alcaloïde des feuilles (appelées coca) d'un arbuste d'Amérique du Sud: le cocaïer.

Elle agit principalement par relargage de la dopamine essentiellement, mais également de la sérotonine et de la noradrénaline et blocage de leur recapture présynaptique entraînant alors leur accumulation et la stimulation de leurs récepteurs respectifs.

b) Modalités d'usage

La cocaïne se présente sous deux formes:

-le chlorhydrate de cocaïne: il s'agit d'une poudre blanche, floconneuse et cristalline, qui peut être coupée avec plusieurs produits (lactose, anesthésiques locaux,...), et qui sera ensuite consommée par voie nasale (sniffée) ou injectable (IV).

-la cocaïne "base", encore appelée freebase ou crack, se présente sous forme solide, et est en général fumée.

c) Effets recherchés

La cocaïne qui est un psychostimulant, accélère le fonctionnement du cerveau en entraînant un effet énergisant, tout en faisant diminuer des signes d'alerte qui l'avertissent de la fatigue, la faim, le sommeil, la douleur...

Les effets vont varier selon le mode de prise, la quantité et la qualité du produit consommé, ainsi que selon des facteurs de variations inter-individuels.

Le sujet peut alors ressentir un sentiment de puissance physique, intellectuel et d'être infatigable ou encore une facilité pour communiquer avec les autres (désinhibition, baisse de la timidité).

La durée de ces effets est variable. Lorsqu'elle est sniffée, la cocaïne passe dans le sang en 2-3 minutes et ses effets durent entre 30 et 60 minutes. Si elle est injectée, l'effet est immédiat et son action maximale est atteinte en 10 minutes et dure environ 30 minutes.

d) Effets indésirables

(a) A court terme

Chaque individu réagit différemment à la même quantité d'un produit. Les effets peuvent être

importants dès la première utilisation.

-réaction allergique, crise d'angoisse ou de panique, crise d'épilepsie.

-troubles cardiaques: troubles du rythme, douleurs aiguës à la poitrine, arrêt cardiaque.

-surdosage.

-risques infectieux (VIH, hépatite B et C entre autres) en cas de partage de matériels de consommation.

(b) A long terme

Une tolérance se met rapidement en place chez les consommateurs réguliers: les doses doivent être augmentées pour pouvoir ressentir les effets de la cocaïne. Cependant, malgré une augmentation des doses, les effets recherchés ont tendance à diminuer, tandis que les effets indésirables voire dangereux ont, eux, tendance à augmenter.

(c) La descente

Les effets de la cocaïne sont de courte durée, et laissent rapidement place à une phase de descente (ou crash). La dépression, l'anxiété, l'irritabilité et la fatigue succèdent à l'euphorie et la confiance en soi.

Cet état peut durer de 1 à 2 jours lors d'un usage occasionnel ou à faible dose, et de 1 à 5 jours lors d'un usage répété ou à forte dose.

Un cycle de consommation peut alors se mettre en place, le sujet ressent le besoin irrésistible de consommer à nouveau. C'est ce qu'on appelle le "craving".

e) Statut légal

La cocaïne est une drogue classée parmi les stupéfiants.

L'usage est interdit: l'article L3421-1 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (jusqu'à 3 750€) et des peines de prison (jusqu'à 1 an).

L'incitation à l'usage et au trafic et la présentation du produit sous un jour favorable sont interdites: l'article L3421-4 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (jusqu'à 75 000€) et des peines de prison (jusqu'à 5 ans).

Les actes de trafic sont interdits: les articles 222-34 à 222-43 du Code Pénal prévoient des amendes (jusqu'à 7 500 000 €) s'accompagnant de peines de prison (jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle).

VI. Principales substances psychoactives licites

D'après les résultats de l'enquête OPPIDUM réalisée dans le Poitou-Charentes, les principales substances psychoactives licites citées sont les benzodiazépines et leurs dérivés ainsi que la morphine et ses dérivés.

1. Benzodiazépines et dérivés [22]

a) *Mécanisme d'action*

Les benzodiazépines sont des molécules basiques lipophiles, qui se fixent aux sous-unités α des récepteurs GABA_A/canal chlore du cortex cérébral (le GABA, acide γ -aminobutyrique, se fixe aux sous-unités β des récepteurs GABA_A).

Ceci entraîne une modulation allostérique du récepteur c'est à dire un changement conformationnel facilitant la fixation du GABA et une augmentation de la fréquence d'ouverture du canal chlore d'où une entrée de chlore et une hyper-polarisation cellulaire conduisant à la génération d'un PPSI (potentiel post-synaptique inhibiteur).[22]

b) *Effets pharmacologiques*

- Sédatif (hypnotique)
- Anxiolytique
- Myorelaxant
- Anticonvulsivant
- Amnésiant

(De part leurs effets, les benzodiazépines peuvent être classées en médicament hypnotique ou anxiolytique.) [22]

c) *Indications*

Les benzodiazépines et dérivés peuvent être indiqués dans le cas:

- de manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes
- d'insomnie, d'endormissement, d'induction d'anesthésie
- d'états névrotiques
- d'intoxication alcoolique (prévention et traitement du *delirium tremens*) [22]

d) *Effets indésirables*

Les benzodiazépines et dérivés regroupent un ensemble d'effets indésirables tels que:

- Amnésie antérograde, c'est à dire un oubli des événements qui ont eu lieu après la prise. Cet effet est utilisé dans la "drogue du violeur".
- Effet résiduel diurne avec, entre autres, risque d'asthénie, somnolence, hypovigilance, sensation ébrieuse, trouble de l'humeur...
- Dépendance psychique puis physique (état de manque) potentialisée par l'alcool et les opiacés.
- Syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal du traitement: anxiété, insomnie,

irritabilité, céphalées, myalgies, confusion, hallucinations, convulsions...

- Tolérance.
- Réactions paradoxales à savoir: rebond d'anxiété, insomnie, cauchemars, phobie, hallucinations. Ces effets sont surtout rencontrés chez les enfants et les sujets âgés.
- Troubles du comportement: impulsivité, agressivité, dépression avec tendance suicidaire, phénomènes de déréalisation, surtout avec les benzodiazépines de courte durée d'action et en cas de facteurs favorisants (alcool, dépression non traitée, troubles psychiatriques...)
- Perturbation de l'architecture du sommeil: raccourcissement de la durée du sommeil paradoxal rendant le sommeil moins réparateur.
- Dépression respiratoire centrale.
- Hypotonie musculaire [22]

e) Contre indications

Les benzodiazépines et dérivés sont contre-indiqués dans le cas d'insuffisance respiratoire sévère, d'apnée du sommeil, de myasthénie, d'insuffisance hépatique sévère et d'hypersensibilité .[22]

f) Conditions de prescription et de délivrance

Les benzodiazépines sont classées sur la liste I des médicaments. Leur durée de prescription est limitée à 12 semaines, à l'exception du clorazépate, pour qui cette durée est limitée à 28 jours et des benzodiazépines hypnotiques dont la durée maximale de prescription est de 14 jours pour le flunitrazépam (délivrance fractionnée de 7 jours) et le triazolam est de 28 jours pour tous les autres.

Depuis le 10 avril 2017, la prescription et la dispensation de l'ensemble des médicaments à base de zolpidem (stilnox® et générique) ont été renforcées et sont soumises en partie à la réglementation des stupéfiants. En effet, cette prescription doit se faire sur une ordonnance sécurisée, en toute lettre (nombre d'unités par prise, nombre de prise et dosage). Le chevauchement est interdit, sauf mention expresse du prescripteur portée sur l'ordonnance.

Cependant, contrairement à la réglementation des stupéfiants, la délivrance n'est pas soumise à un délai de carence de 3 jours et la conservation d'une copie de l'ordonnance n'est pas requise.[23]

2. Morphine et dérivés

Les antalgiques opioïdes correspondent aux antalgiques de paliers II (douleurs d'intensité moyenne) et III (douleurs intenses) de la classification de l'OMS.

Ils peuvent être classés en agonistes purs et agonistes-antagonistes.

a) Mécanisme d'action

Sur le système nerveux central, la morphine est dotée d'une action analgésique dose-

dépendante.

Les agonistes purs et agonistes-antagonistes, stimulent les voies descendantes inhibitrices de la douleur, en se fixant aux récepteurs opioïdes au niveau du bulbe rachidien (avec effet plafond pour les agonistes-antagonistes).

Les agonistes purs activent de façon totale les récepteurs μ médullaires, sans effet plafond. La stimulation de ces récepteurs permet d'inhiber la transmission du message nociceptif au cerveau en diminuant la libération de substance P dans l'espace synaptique.

Les agonistes-antagonistes activent partiellement les récepteurs opioïdes. Ils ont une affinité pour ces récepteurs plus élevée que la morphine, mais présentent un effet plafond, au delà duquel il est inutile d'augmenter les doses. Seuls, ils ont un effet antalgique, mais en présence de morphine, ils ont un effet antagoniste en déplaçant la morphine des récepteurs opioïdes.

La morphine peut également agir sur le comportement psychomoteur et provoquer, selon les doses et le terrain, sédation ou excitation.

Sur les centres respiratoires et celui de la toux, la morphine exerce, dès les doses thérapeutiques, une action dépressive. Les effets déprimeurs respiratoires de la morphine s'atténuent en cas d'administration chronique.

La triple action sur le centre du vomissement, éventuellement sur le centre cochléovestibulaire ainsi que sur la vidange gastrique, lui confère des propriétés émétisantes variables.

La morphine provoque un myosis d'origine centrale.

Enfin, sur le muscle lisse, la morphine diminue le tonus et le péristaltisme des fibres longitudinales et augmente le tonus des fibres circulaires, ce qui provoque un spasme des sphincters (pylore, valvule iléo-cæcale, sphincter anal, sphincter d'Oddi, sphincter vésical). [19][24]

b) Indications

La morphine et ses dérivés sont indiqués dans le cas:

- de douleurs d'intensité modérée à intense
- de douleurs intenses et/ou rebelles
- de douleurs cancéreuses
- de la prévention des douleurs post-opératoires
- de syndrome de sevrage

c) Effets indésirables

La morphine et ses dérivés présentent différents effets indésirables.

Le principal de ces effets indésirables est la constipation.

De la somnolence et de la sédation, qui se manifestent en début de traitement et qui sont transitoires, peuvent aussi être observés. Elles sont favorisées par l'association à d'autres médicaments déprimeurs du système nerveux central.

Des nausées, des vomissements, des prurits et des sueurs peuvent survenir de manière transitoire.

Une confusion, des hallucinations et des cauchemars peuvent également apparaître en début de traitement ou à l'augmentation des doses.

Enfin, d'autres effets indésirables sont liés à la forme galénique: prurit avec les patches, lésions buccales avec les formes perlinguales et épistaxis avec les sprays nasaux. [25]

d) Contre indications

Les contre-indications de la morphine et ses dérivés sont:

- l'insuffisance respiratoire
- l'hypersensibilité
- l'allaitement
- l'insuffisance hépatique sévère
- l'épilepsie non contrôlée
- le traumatisme crânien
- l'hypertension intracrânienne
- les infections
- le trouble de la coagulation
- l'insuffisance hépatocellulaire sévère (avec encéphalopathie) [22]

e) Conditions de prescription et de délivrance

Les morphiniques répondent à la législation des stupéfiants.

(a) Prescription

Les stupéfiants doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée, rédigée en toutes lettres et le carré de sécurité dûment rempli. Elle peut être manuscrite ou informatique.

La durée maximale de prescription est de 28 jours pour les formes orales et transdermiques (sauf buprénorphine et nalbuphine, liste I: prescription possible de 12 mois, sur une ordonnance sécurisée pour la buprénorphine) et 7 jours pour les formes injectables (sauf en cas d'analgésie contrôlée par le patient ou PCA: 28 jours).

Le chevauchement n'est possible que sur mention expresse du prescripteur. [25]

(b) Délivrance

La délivrance totale de l'ordonnance n'est possible que dans les 3 jours suivant la prescription; au delà, seule la fraction de traitement restant à courir est délivrée. Le déconditionnement est obligatoire (sauf buprénorphine).

La délivrance de fentanyl est soumise à un fractionnement (14 jours pour les formes transdermiques, 7 jours pour les formes transmuqueuses). Toutefois, le prescripteur peut exclure ce fractionnement par la mention "délivrance en une seule fois".

La délivrance est enregistrée à l'ordonnancier des stupéfiants.

Le pharmacien doit conserver pendant 3 ans une copie de l'ordonnance (la copie électronique par scan est autorisée). [25]

VII. Addiction

D'un point de vue scientifique et médical, les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. Les addictions concernent le tabac (nicotine), l'alcool, le cannabis, les opiacés (héroïne, morphine), la cocaïne, les amphétamines et dérivés de synthèse. Parmi les addictions sans substance, seul le jeu pathologique (jeux de hasard et d'argent) est cliniquement reconnu comme une dépendance comportementale dans les classifications diagnostiques internationales (DSM 5, CIM 10).

L'institut Nord-Américain des drogues, le National Institute of Drug Abuse (NIDA) en donne la définition suivante:

"L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives".

Le monde médical, pour établir un diagnostic, a recours à deux grandes classifications:

- Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) créé par l'American Psychiatric Association.
- La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé. [26]

Paru en mai 2013, une nouvelle version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux apporte quelques modifications par rapport à l'ancienne version. En effet, les termes d'abus et de dépendances sont abandonnés au profit de l'expression "trouble d'utilisation de substances" qui est définie lorsque deux critères ou plus sont connus sur une période d'au moins un an.

Les critères proposés par cette nouvelle classification sont:

- incapacité de remplir des obligations importantes
- usage lorsque physiquement dangereux
- problèmes inter-personnels ou sociaux
- tolérance
- sevrage
- perte de contrôle sur la quantité ou le temps dédié
- désir ou efforts persistants pour diminuer
- beaucoup de temps consacrer
- activités réduites au profit de la consommation
- continuer malgré une dépendance physique ou psychique
- "craving" désir impérieux

Ce dernier critère est une nouveauté, il est défini comme un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive. A l'inverse du manque aigu survenant lors du sevrage, le craving peut persister des semaines voire des mois après l'arrêt de la substance.

La sévérité des troubles est basée sur le nombre de critères rencontrés:

- 2 à 3 critères: trouble léger
- 4 à 5 critères: trouble modéré
- 6 critères ou plus: trouble sévère [27] [28]

On devient toxicomane quand on prend un produit (licite ou illicite) pour échapper à une réalité difficile à vivre. Quand l'effet du produit s'estompe, l'angoisse revient. Le toxicomane augmente les doses et la fréquence des prises pour retrouver l'état recherché. Il finit par vivre pour et par la drogue. [16]

VIII. Traitement de substitution aux opiacés

Les traitements de substitution aux opiacés sont des opiacés de synthèse, utilisés dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou à d'autres opiacés. Ils permettent aux personnes dépendantes aux opiacés illicites de stopper leur consommation sans ressentir les signes du manque et de réduire les risques liés à leur consommation. Ce traitement peut être transitoire en vue d'un sevrage complet ou être maintenu aussi longtemps que nécessaire.

1. Méthadone [3] [29]

a) Généralités

Le chlorhydrate de méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés qui agit principalement sur les récepteurs μ . Il se présente sous forme de sirop et de gélules de différent dosages.

b) Indications

La forme sirop est indiquée dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeurs aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale, et psychologique.

La forme gélule quant à elle, est indiquée en relais de la forme sirop, chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins 1 an et stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives.

c) Suivi du traitement

Les patients sont volontaires et doivent accepter certaines règles de prises en charge.

Ils doivent ainsi être suivis régulièrement au sein d'un établissement de santé ou au sein d'un CSAPA.

De plus, ils doivent se soumettre à une analyse urinaire à l'instauration du traitement. Celle-ci va permettre, lors de l'instauration du traitement sous forme sirop, de vérifier la réalité d'une consommation d'opiacés, l'absence de prise de méthadone et de s'assurer qu'un même patient ne bénéficie pas de deux suivis avec prescription de méthadone.

Lors du passage à la forme gélule, une analyse urinaire vérifiera la réalité de la prise de méthadone et l'absence de consommation récente d'opiacés.

Des analyses d'urine périodiques peuvent être réalisées sur demande du prescripteur.

d) Contre indications

La méthadone est contre indiquée chez les enfants de moins de 15ans, chez les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire grave et/ou d'hypersensibilité à la méthadone et chez les personnes qui suivent un traitement concomitant par un agoniste-antagoniste morphinique, par un agoniste morphinique, ou par le sultopride.

e) Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont: euphorie, vertiges, somnolence, nausées, vomissement, constipation, sédation, hypersudation, dysurie, œdèmes.

f) Grossesse et allaitement

Compte tenu des données disponibles et du bénéfice maternel et fœtal, l'utilisation de la méthadone est possible au cours de la grossesse, quel qu'en soit le terme.

En cours de grossesse, des doses plus importantes de méthadone sont parfois nécessaires pour l'équilibre du traitement.

La prise chronique de méthadone par la mère en fin de grossesse, quelle que soit la dose, peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né, dont l'apparition peut être retardée de plusieurs heures à plusieurs jours.

La méthadone passe dans le lait maternel. La décision d'allaitement dépend de l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour l'enfant. La méthadone pourrait prévenir chez le nouveau-né la survenue d'un syndrome de sevrage consécutif à une imprégnation opiacée in utero.

g) Conditions de prescription et de délivrance

La méthadone est classée au tableau des stupéfiants. Sa prescription se fait donc sur une ordonnance sécurisée, dont la durée maximale est limitée à 28 jours pour la forme gélule et 14 jours pour la forme sirop.

Les deux formes sont soumises à prescription initiale réservée aux médecins exerçant en centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou aux médecins exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes.

La délivrance est fractionnée par période de 7 jours maximum. Le prescripteur peut néanmoins préciser sur l'ordonnance la durée de chaque fraction, ou exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention "délivrance en une seule fois", ou préciser que la dispensation doit se faire quotidiennement.

Le renouvellement est non restreint.

h) Statut légal

L'usage de la méthadone hors prescription médicale est interdit et passible d'une peine maximum d'un an de prison et de 3 750€ d'amende.

De même, les actes de trafic sont interdits: les articles 222-34 à 222-43 du code pénal prévoient des amendes (jusqu'à 7 500 000€) s'accompagnant de peines de prison (jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle).

2. Buprénorphine haut dosage [3][29]

a) Généralités

La buprénorphine haut dosage (BHD) (Subutex® et ses génériques), est un agoniste-antagoniste morphinique et se fixe au niveau des récepteurs cérébraux μ et κ . Son activité dans le traitement de substitution des opioïdes est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs μ qui minimiserait de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants.

b) Indications

La BHD est indiquée dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique.

c) Effets indésirables

La survenue d'effets indésirables dépend du seuil de tolérance, plus élevé chez les toxicomanes que dans la population générale.

Les effets indésirables les plus fréquents sont: constipation, céphalée, insomnie, fatigue, vertige, nausée, vomissement, sueurs.

d) Contre indications

La BHD est contre indiquée en cas:

- d'hypersensibilité à la buprénorphine ou à tout autre constituant du produit
- d'insuffisance respiratoire et hépatique sévère
- d'intoxication alcoolique aiguë ou delirium tremens
- d'association à la méthadone ou à des analgésiques morphiniques de palier III

Elle est également contre indiquée chez les enfants de moins de 15 ans.

e) Grossesse et allaitement

Compte tenu des données disponibles et du bénéfice materno/foetal, la BHD peut être utilisée pendant la grossesse. Cependant, une adaptation de posologie peut être nécessaire afin de maintenir l'efficacité thérapeutique du traitement.

La prise chronique de BHD par la mère, quelle que soit la dose, à la fin de la grossesse, peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né. Ce syndrome est généralement retardé de plusieurs heures à quelques jours après la naissance.

De très petites quantités de BHD et de ses métabolites passent dans le lait maternel. Ces quantités ne sont pas suffisantes pour éviter le syndrome de sevrage qui peut être retardé chez les nourrissons allaités. Après une évaluation des facteurs de risques individuels, l'allaitement peut être envisagé chez les patientes traitées par la BHD.

f) Conditions de prescription et de délivrance

La BHD est classée sur la liste I des médicaments prescrits et délivrés sur ordonnance et est soumise aux règles de prescription et de délivrance des stupéfiants: prescription sur une ordonnance sécurisée, limitée à 28 jours et délivrance fractionnée de 7 jours, sauf mention expresse du prescripteur "délivrance en une seule fois".

Sauf mention expresse portée sur l'ordonnance, une nouvelle ordonnance ne peut être ni établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance.

Une copie de l'ordonnance est conservée pendant 3 ans par le pharmacien.

g) Statut légal

L'usage de la BHD hors prescription médicale est interdit et passible d'une peine maximum d'un an de prison et de 3 750€ d'amende.

De même, les actes de trafic sont interdits: les articles 222-34 à 222-43 du code pénal prévoient des amendes (jusqu'à 7 500 000 €) s'accompagnant de peines de prison (jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle).

3. Suboxone®

a) Généralités

Le Suboxone® est composé de buprénorphine et de naloxone qui est un antagoniste pur et spécifique des morphinomimétiques sans effet agoniste et qui est dépourvue d'effet pharmacologique lorsqu'elle est utilisée seule. L'association de ces deux molécules va alors permettre d'empêcher un mauvais usage du produit par voie intraveineuse. [19][29]

b) Indications

Le Suboxone® est indiqué dans le traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opioïdes dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. Le traitement est réservé aux adultes et aux adolescents âgés de plus de 15 ans qui ont accepté d'être traités pour leur dépendance.

c) Effets indésirables

Les effets indésirables les plus souvent rencontrés sont la constipation et les symptômes fréquemment associés au syndrome de sevrage, à savoir: insomnie, céphalée, nausée, hyperhydrose, et douleurs.

d) Contre indications

Le suboxone® est contre indiqué en cas:

- d'hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des composants
- d'insuffisance respiratoire sévère
- d'insuffisance hépatique sévère
- d'intoxication alcoolique aiguë ou delirium tremens

e) Grossesse et allaitement

Il n'existe aucune donnée adéquate sur l'utilisation de Suboxone® au cours de la grossesse, cependant son utilisation dans le traitement de la dépendance aux opiacés est possible chez la femme enceinte si le bénéfice potentiel est supérieur au risque potentiel pour le fœtus.

En cas de prise prolongée en fin de grossesse, une surveillance néonatale de plusieurs jours doit être envisagée afin d'éviter le risque de dépression respiratoire ou un syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

f) Condition de prescription et de délivrance

Le Suboxone® est classé sur la liste I des médicaments prescrits, c'est un médicament "assimilé aux stupéfiants". C'est pourquoi sa prescription doit se faire sur une ordonnance sécurisée et limitée à 28 jours.

La délivrance doit être fractionnée en 7 jours, sauf mention expresse du prescripteur "délivrance en une seule fois".

Sauf mention expresse portée sur l'ordonnance, une nouvelle ordonnance ne peut être, ni établie, ni exécutée, par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une ordonnance précédente.

Une copie de l'ordonnance doit être conservée pendant 3 ans par le pharmacien.

g) Statut légal

L'usage du Suboxone® hors prescription médicale est interdit et passible d'une peine maximum d'un an de prison et de 3 750€ d'amende.

De même, les actes de trafic sont interdits: les articles 222-34 à 222-43 du code pénal prévoient des amendes (jusqu'à 7 500 000 €) s'accompagnant de peines de prison (jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle).

Partie II:

Enquête OPPIDUM

Résultats

L'enquête OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est un outils pharmaco-épidémiologique qui permet une surveillance de la consommation de substances psychoactives sur tout le territoire français ainsi que la mise en évidence de l'émergence des nouvelles habitudes des consommateurs.

I. Organisation du programme

La coordination nationale du programme est réalisée depuis 2004 par le CEIP-A PACA-Corse. Chacun des treize CEIP de France déterminent les structures qui participent volontairement à l'enquête. Ces structures sanitaires peuvent être de natures différentes mais sont toutes impliquées dans le champ de l'addictologie.

II. Type et durée d'enquête

L'enquête OPPIDUM est une enquête observationnelle, multicentrique, transversale, répétée tous les ans sur une période de quatre semaines au mois d'octobre.

III. Population

L'enquête cible les sujets reçus dans une structure spécialisée en addictologie et présentant une dépendance, un abus, ou qui sont sous un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Ces sujets devront avoir fréquenté un des centres d'enquête participant, au cours des quatre semaines d'observation.

IV. Critères d'inclusion

1. Sujets

Les sujets inclus dans l'enquête doivent présenter une pharmacodépendance ou un abus à une substance psychoactive (médicaments, substances illicites ou autres) et/ou être sous traitement de substitution aux opiacés.

2. Produits

Les substances psychoactives concernées par l'enquête correspondent à tous produits psychotropes consommés dans la semaine précédant l'inclusion, y compris: ceux arrêtés depuis (mais consommés il y a moins de 7 jours), ceux consommés occasionnellement, ceux consommés dans le cadre d'un usage simple, ceux pour lesquels un sevrage est en cours (mais toujours consommés).

V. Critères de non inclusion

1. Sujets

Les sujets qui ne peuvent être inclus dans l'enquête sont: les consommateurs exclusifs de tabac et/ou alcool (sans abus/dépendance à une autre substance psychoactive), les consommateurs des produits psychoactifs que dans le cadre d'un usage simple (sauf si consommation de traitement de substitution aux opiacés), les sujets non coopérants ou

incapables de répondre au recueil des informations.

2. Produits

Les substances psychoactives qui ne sont pas concernées par l'enquête sont: l'alcool et le tabac, les produits prescrits le jour même (le patient n'a pas encore commencé leur consommation), les produits pour lesquels le sujet est effectivement sevré.

VI. Recueil des informations

Toutes les informations recueillies sont anonymes.

Pour chaque patient un questionnaire (annexe 1) est rempli. Celui ci peut être divisé en trois parties: données socio-économiques – TSO sous protocole – produits consommés.

Chaque centre participant à l'enquête reçoit de la part du CEIP auquel il est rattaché, des documents d'aide au remplissage des fiches (annexe 2), ainsi qu'une fiche de renseignement (annexe 3).

Une fois les fiches remplies, elles sont envoyées à chaque CEIP, qui vont les renvoyer au centre coordinateur national (CEIP Marseille), qui traitera les informations recueillies.

VII. Résultats des enquêtes OPPIDUM de 2015 et 2016 en Poitou-Charentes: Analyse et discussion [30]

1. Résultats généraux

En 2015 l'enquête s'est déroulée du 28 septembre au 25 octobre.

Au cours de cette enquête, 8 centres d'enquête ont participé:

- 6 CSAPA
 - A Poitiers (département 86) (n=1 fiche patient)
 - A Saint Jean d'Angély (département 17) (n=6 fiches patient)
 - A Saintes (département 17) (n=29 fiches patient)
 - A La Rochelle (département 17) (n=2 fiches patient)
 - A Royan (département 17) (n=11 fiches patient)
 - A Rochefort (département 17) (n=10 fiches patients)
- 2 ELSA
 - A Niort (79) (n=10)
 - A La Rochelle (17) (n=4)

73 patients ont été inclus, et la consommation de 64 substances psychoactives (SPA) a été décrite.

En 2016 l'enquête s'est déroulée du 3 au 30 octobre 2016.

Au cours de cette enquête, 7 centres d'enquête ont participé:

- 3 CSAPA
 - A Poitiers (86) (n=7)
 - A Saint Jean d'Angély (17) (n=7)
 - A Rochefort (17) (n=18)
- 1 ELSA
 - A La Rochelle (17) (n=6)
- 3 CAARUD
 - A Poitiers (86) (n=4)
 - A La Rochelle (17) (n=12)
 - Angoulême (n=6)

60 patients ont été inclus, et la consommation de 76 SPA a été décrite.

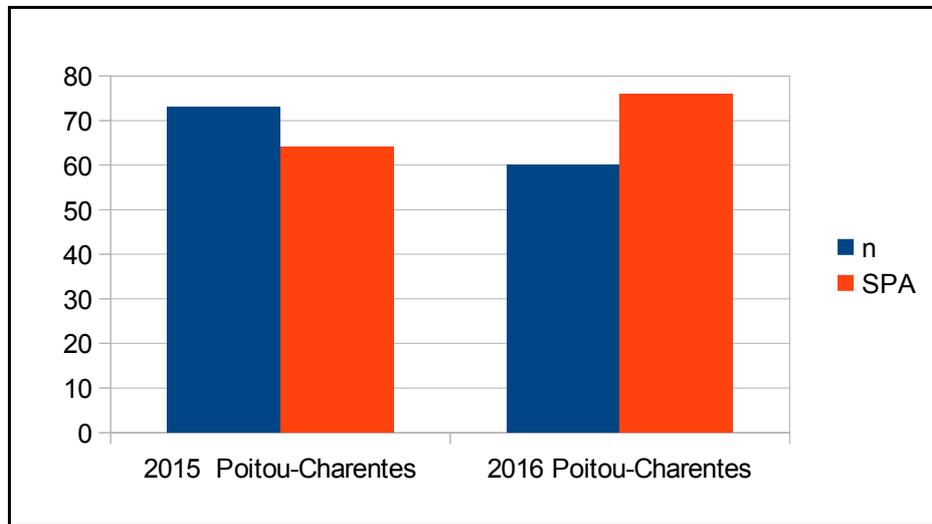


Figure 1: Nombre de sujets participants et quantité de SPA consommées

Ainsi, même si le nombre de sujets inclus dans cette étude a baissé entre 2015 et 2016 dans le Poitou-Charentes, le nombre de produits psychotropes consommé a augmenté de 18,7%.

2. Données socio-économiques

a) Age

En 2015, l'âge moyen des sujets inclus est de $32,7 \pm 10,9$ ans, il est de $35,3 \pm 9,4$ ans en 2016. On observe ainsi un léger vieillissement de la population entre ces deux enquêtes, tendance que l'on retrouve au niveau de l'enquête nationale de 2016, comme le montre la figure 2 ci-dessous:

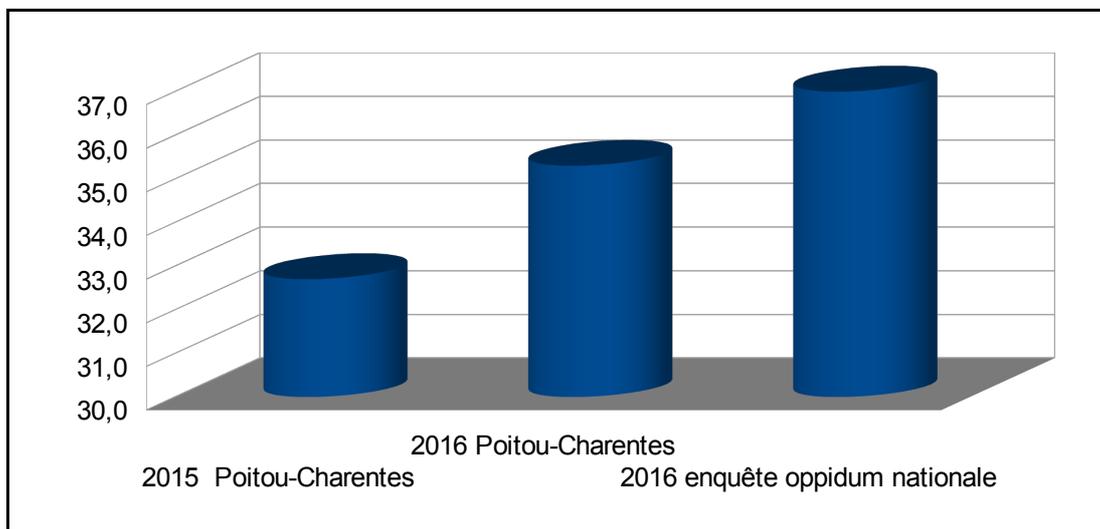


Figure 2: Âge moyen

b) Sexe

En 2015, 23,3% des sujets sont des femmes (dont 5% ont une grossesse en cours [n=1]), elle sont 21,7% en 2016 (dont 7,7% ont une grossesse en cours [n=1]). Cette baisse de pourcentage de sujets féminins se retrouve également au niveau de l'enquête nationale de 2016 comme le montre la figure 3 ci-dessous:

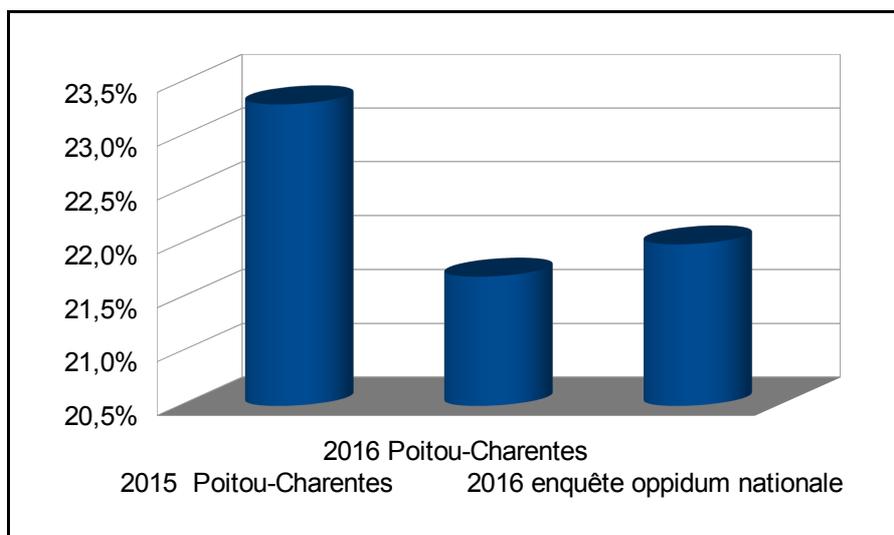


Figure 3: Sexe des patients

c) Activité professionnelle

La proportion des sujets ayant une activité professionnelle en 2015 est de 39,7%, elle est de 30% en 2016. Cette légère baisse de pourcentage se retrouve au niveau de l'enquête nationale de 2016 mais de manière moins importante.

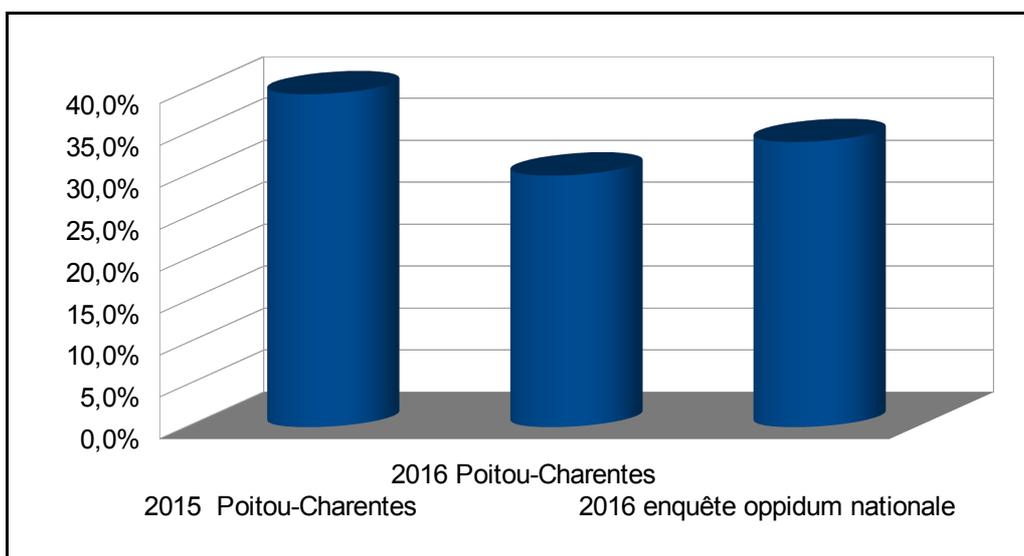


Figure 4: Pourcentage de sujets ayant une activité professionnelle

d) Revenus

En 2015, 45,2% des sujets ont des revenus réguliers, 34,2% sont en précarité avec compensation(s) sociale(s) et 4,1% en grande précarité. Alors qu'en 2016, 36,7% des sujets ont des revenus réguliers, 50% sont en précarité avec compensation(s) sociale(s) et 3,3% en grande précarité.

On observe qu'entre 2015 et 2016 le pourcentage de précarité avec compensation(s) sociale(s) augmente et devient plus important que le pourcentage de revenus réguliers. Cette tendance se retrouve au niveau de l'enquête nationale de 2016.

De plus le pourcentage de grande précarité dans le Poitou-Charentes que ce soit en 2015 ou en 2016 est moins élevé que le pourcentage national de 2016.

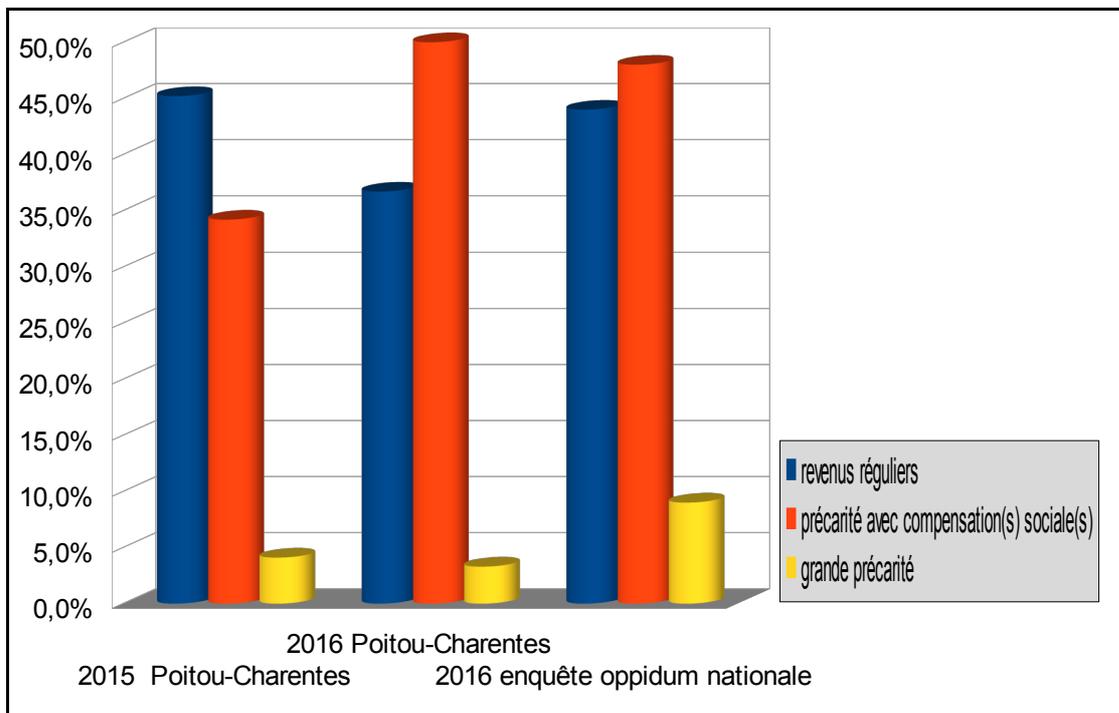


Figure 5: Ressources

e) Logement

Le pourcentage de sujets ayant un logement stable en 2015 est de 84,9% , pourcentage qui baisse en 2016 puisqu'il est de 71,7%. On retrouve cette diminution mais de façon moins importante au niveau nationale en 2016.

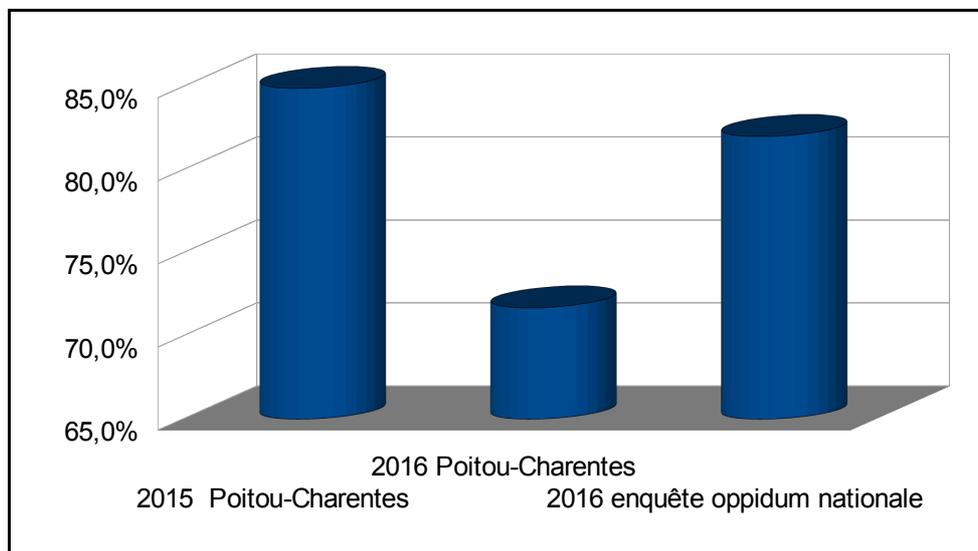


Figure 6: Logement stable

En 2015, 34,2% vivent en couple. Ce pourcentage reste stable en 2016 puisqu'il est de 30,0% (vs 32,0% en France).

Le pourcentage de patients ayant des enfants à charge est de 26,0% en 2015, contre 20,0% en

2016. Cette diminution rend compte d'un pourcentage plus faible qu'au niveau national (25,0%).

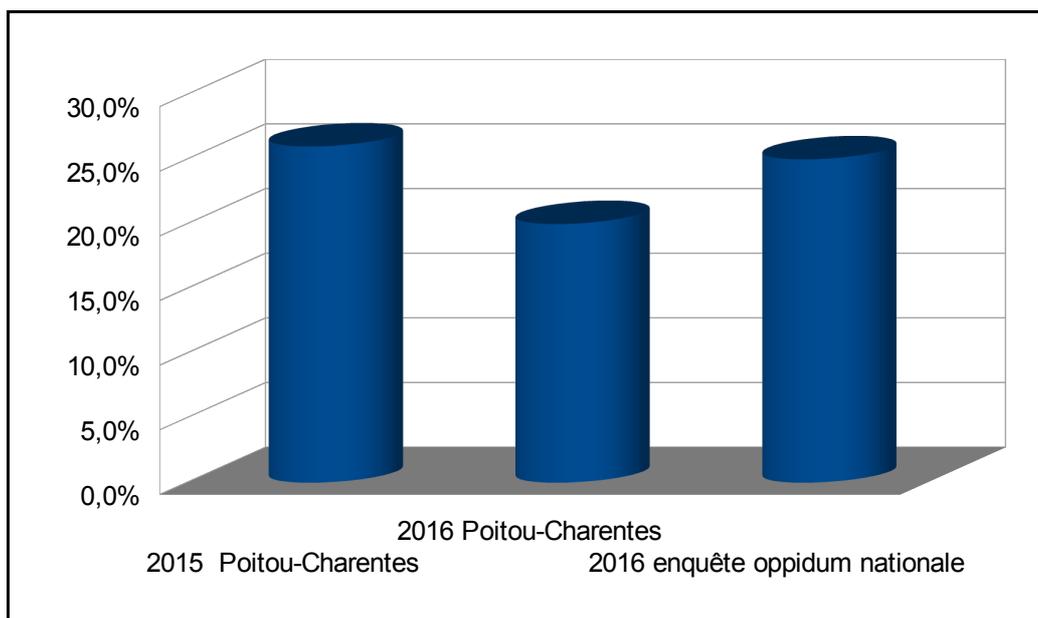


Figure 7: Enfant(s) à charge

f) Niveau d'étude

La figure ci-dessous illustre la répartition du niveau d'étude des participants à l'enquête en 2015 dans le Poitou-Charentes.

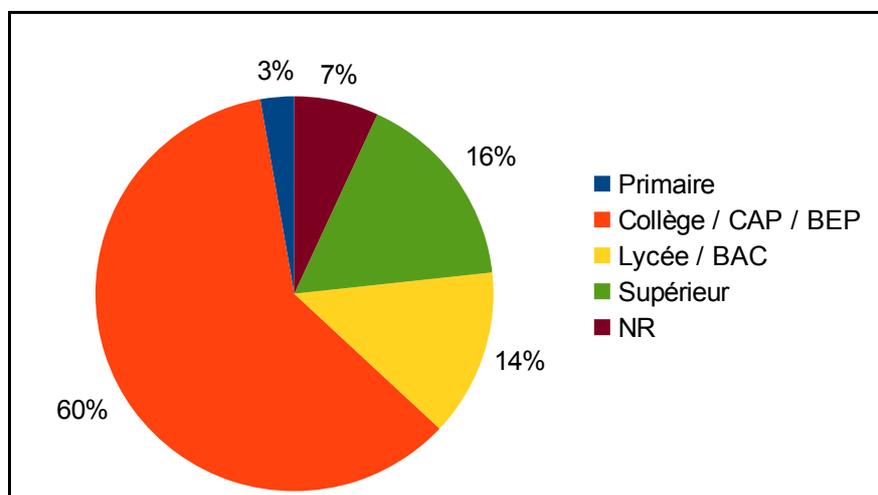


Figure 8: Répartition du niveau d'étude dans le Poitou-Charentes en 2015

La figure ci-dessous illustre la répartition du niveau d'étude des participants à l'enquête en 2016 dans le Poitou-Charentes.

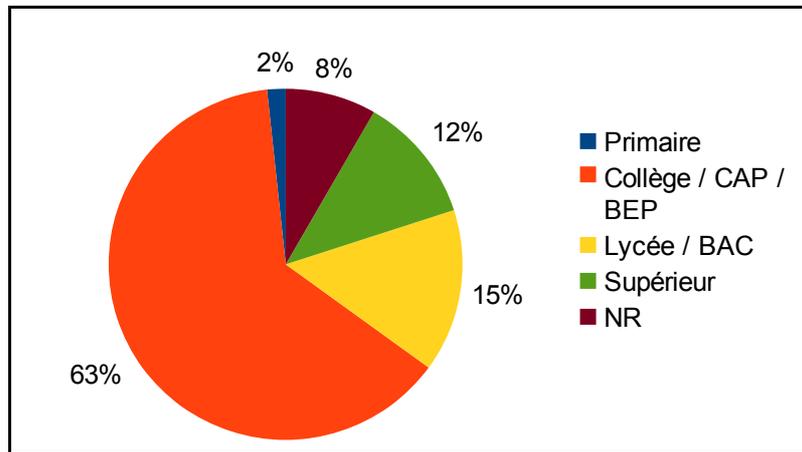


Figure 9: Répartition du niveau d'étude dans le Poitou-Charentes en 2016

On observe que sur ces deux enquêtes, la répartition du niveau d'étude des participants est sensiblement la même, avec une majorité de sujets ayant un niveau "Collège/CAP/BEP".

3. Consommation de tabac

Entre 2015 et 2016 le pourcentage de consommateurs de tabac est stable. En effet, il est de 93,2% en 2015 et de 93,3% en 2016.

De plus, comme l'illustrent les figures ci-dessous, la répartition du nombre de cigarettes fumées par jour est sensiblement la même.

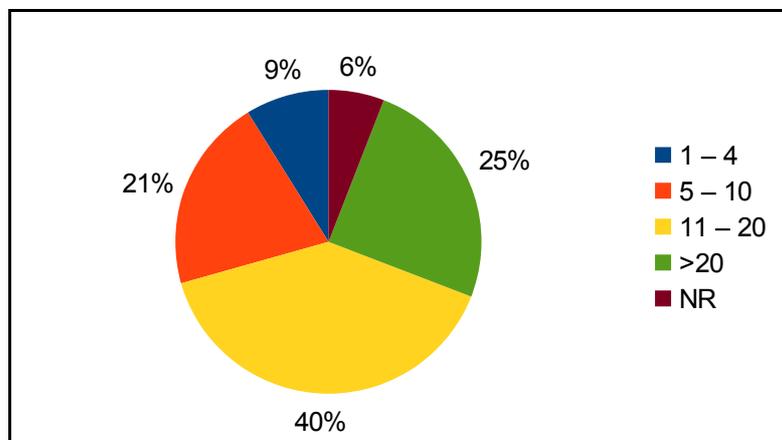


Figure 10: Nombre de cigarettes fumées par jour dans le Poitou-Charentes en 2015

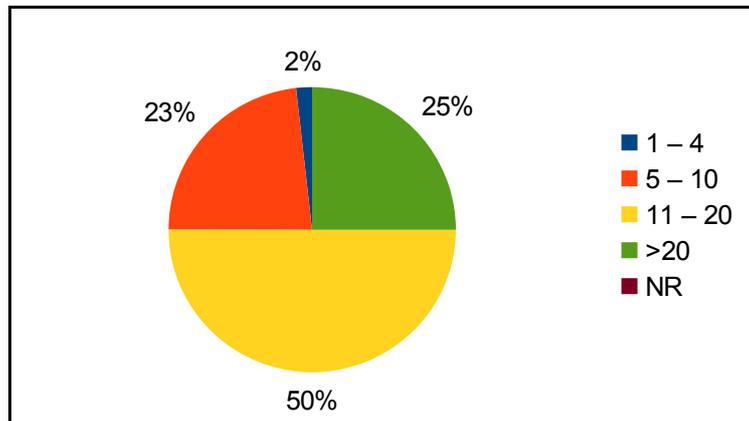


Figure 11: Nombre de cigarettes fumées par jour dans le Poitou-Charentes en 2016

Il en ressort une consommation forte de tabac avec une majorité de 11 à 20 cigarettes par jour.

4. Dépendance alcoolique

Une dépendance alcoolique a été observée chez 19,2% des sujets en 2015. Ce pourcentage est en nette augmentation en 2016 et s'élève à 26,7% et est plus élevé qu'au niveau national où il est rapporté 25,0% de sujets dépendants à l'alcool.

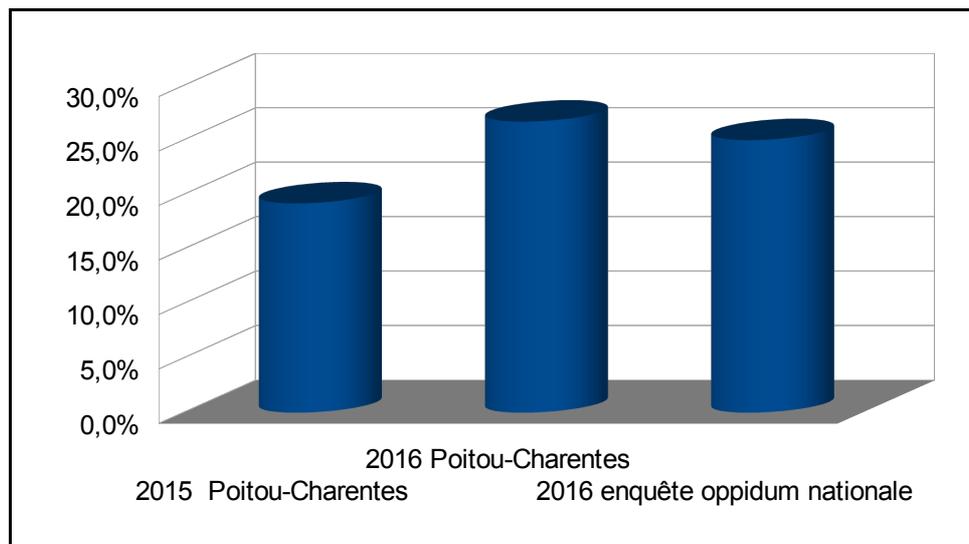


Figure 12: Dépendance alcoolique

5. Premier produit psychotrope consommé

En 2015, chez 74,0% des sujets, le cannabis est le premier produit psychotrope consommé. Arrive ensuite l'héroïne chez 13,7% des sujets puis la cocaïne chez 4,1% des sujets. Pour 5,5% des sujets, d'autres substances sont consommées comme première expérimentation (benzodiazépines, amphétamines et autres médicaments non précisés).

En 2016, comme pour l'année 2015, le cannabis arrive en tête des premiers produits psychotropes consommés avec une proportion de 61,7%. L'héroïne est la première substance psychotrope consommée chez 15,0% des sujets. La cocaïne ne concerne aucun des sujets

questionnés. Pour 18,3% d'entre eux, d'autres substances sont consommées comme première expérimentation: LSD (n=4), amphétamine (n=2), médicaments (codéine, méthadone, Lexomyl®, Artane®, Seroplex®, Xeroquel®) (=5).

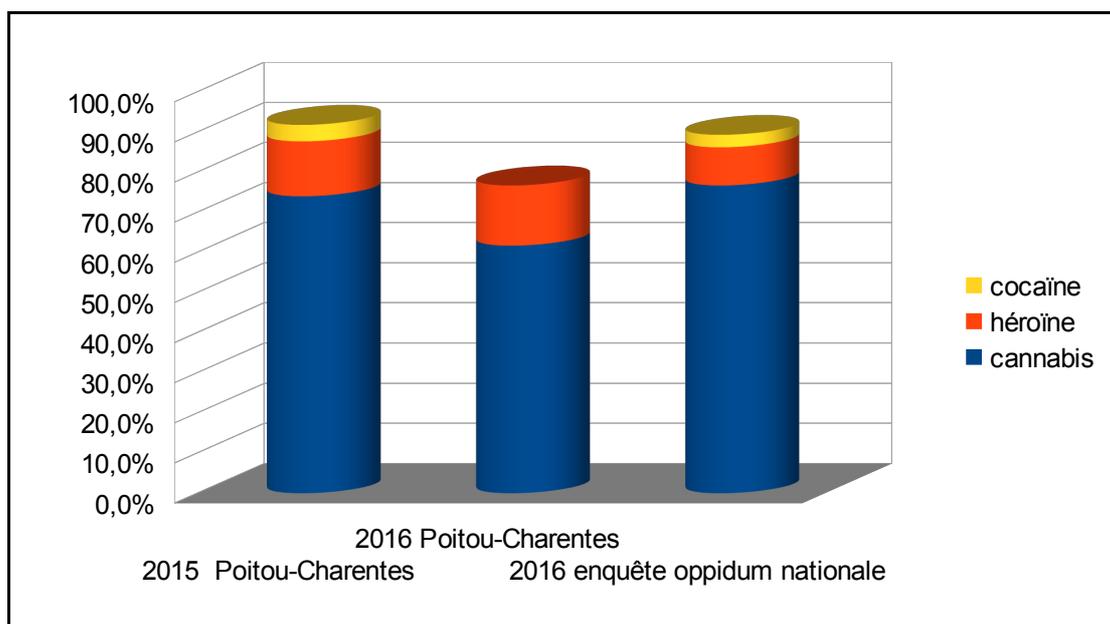


Figure 13: Premier produit psychotrope consommé

On observe ainsi que le cannabis arrive largement en tête des premiers produits psychotropes consommés dans le Poitou-Charentes que ce soit en 2015 ou en 2016 et que la tendance du Poitou-Charentes ne diffère pas de la tendance nationale.

Considéré par beaucoup comme étant une drogue douce, le cannabis est pourtant souvent à l'origine d'une toxicomanie future. Plusieurs explications peuvent être avancées, comme l'âge précoce de consommation qui augmente les effets du cannabis sur le cerveau, augmentant ainsi la propension des jeunes consommateurs à consommer d'autres drogues illicites, ou encore le fait que les consommateurs de cannabis obtiennent cette drogue sur le même marché noir que d'autres drogues illicites, leur donnant ainsi accès à ces drogues. [31]

De plus, entre 2015 et 2016, l'âge moyen des sujets lors de la première expérimentation reste stable puisqu'il est de $16,5 \pm 5,0$ ans en 2015, et de $16,6 \pm 4,5$ ans en 2016. On observe que le Poitou-Charentes ne diffère pas non plus de la tendance nationale sur ce critère ($16,3 \pm 4,9$ ans).

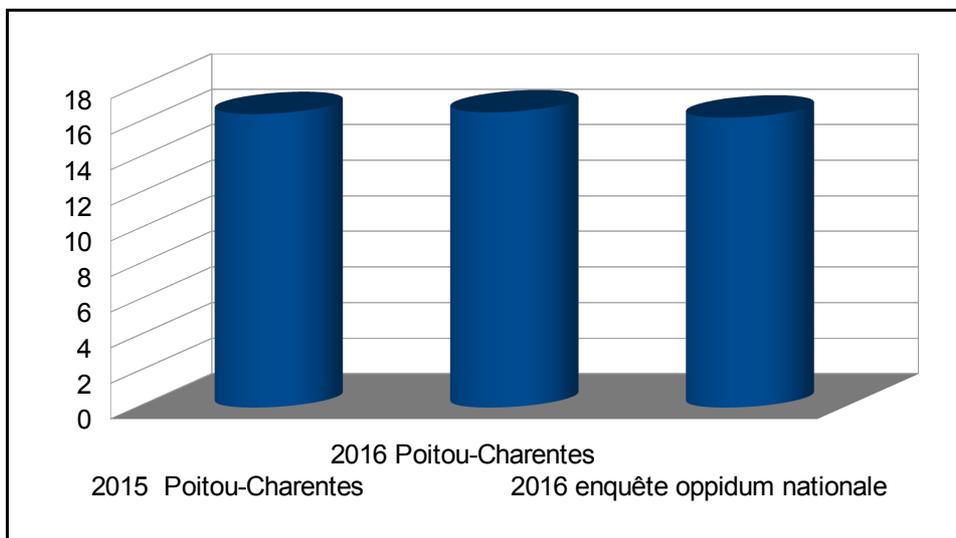


Figure 14: Âge au moment de la 1^{ère} expérimentation

6. Premier produit ayant entraîné une dépendance

En 2015, pour 43,8% des sujets, l'héroïne est la première substance ayant entraîné une dépendance, chez 37,0% d'entre eux il s'agit du cannabis et chez les autres, on retrouve à part égale la cocaïne (4,1%) et d'autres substances diverses (buprénorphine n=1; barbiturique n=1; benzodiazépine n=1).

En 2016, comme pour l'année 2015, l'héroïne arrive en tête des premiers produits psychotropes ayant entraîné une dépendance, avec une proportion de 56,7%. Arrivent ensuite à parts égales le cannabis (15,0%) ainsi que des substances diverses, parmi lesquelles on retrouve le LSD (n=1) et des médicaments (n=8): barbiturique, Skenan®, benzodiazépine, Subutex®, méthadone. La cocaïne concerne, elle, 3,3% des sujets.

Comme on peut le voir sur la figure ci-dessous, les résultats de l'enquête nationale de 2016 montrent une répartition semblable à nos données.

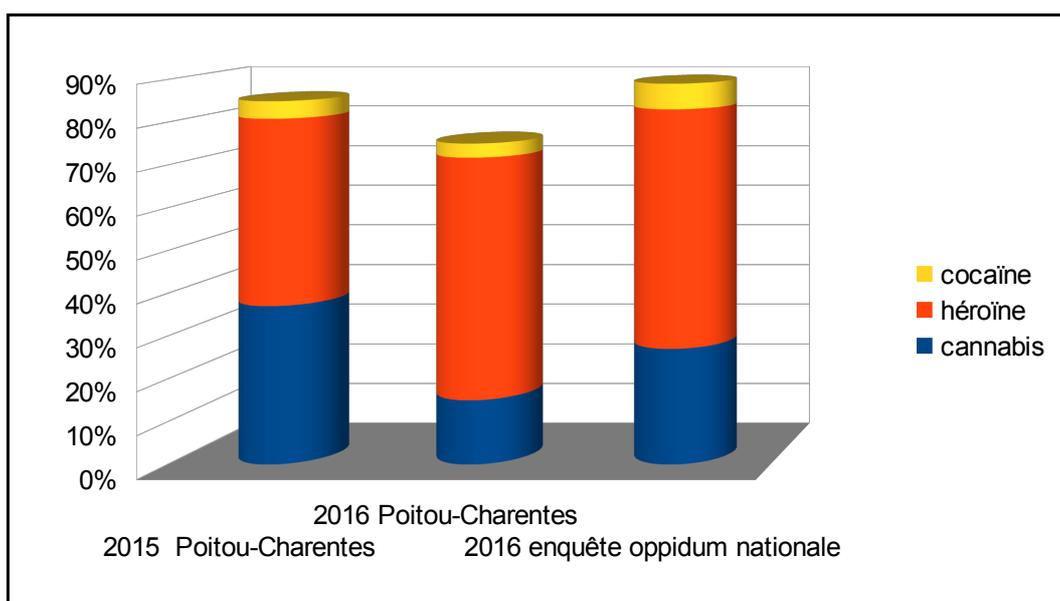


Figure 15: Premier produit psychotrope consommé ayant entraîné une dépendance

L'âge moyen au moment de la première dépendance à un produit est de $19,5 \pm 5,4$ ans en 2015, et a augmenté en 2016 puisqu'il s'élève à $21,2 \pm 7,4$ ans.

On observe que le Poitou-Charentes ne diffère pas de la tendance nationale sur ce critère ($20,2 \pm 6,2$ ans).

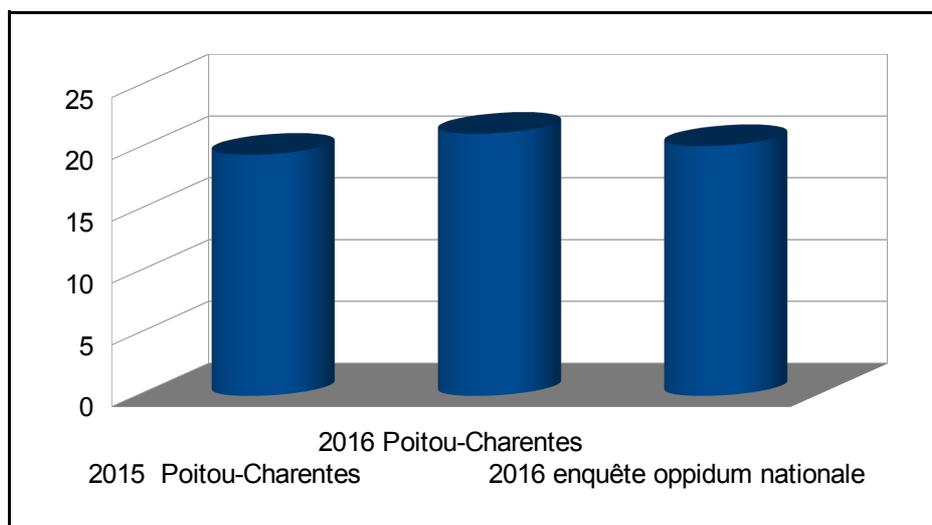


Figure 16: Âge moyen au moment de la 1^{ère} dépendance à un produit

7. **Consommation de produits illicites**

En 2015, 43,8% des sujets consomment du cannabis et 19,2% consomment de l'héroïne.

En 2016, 21,7% des sujets consomment du cannabis, 18,3% de l'héroïne et 5,5% de la cocaïne.

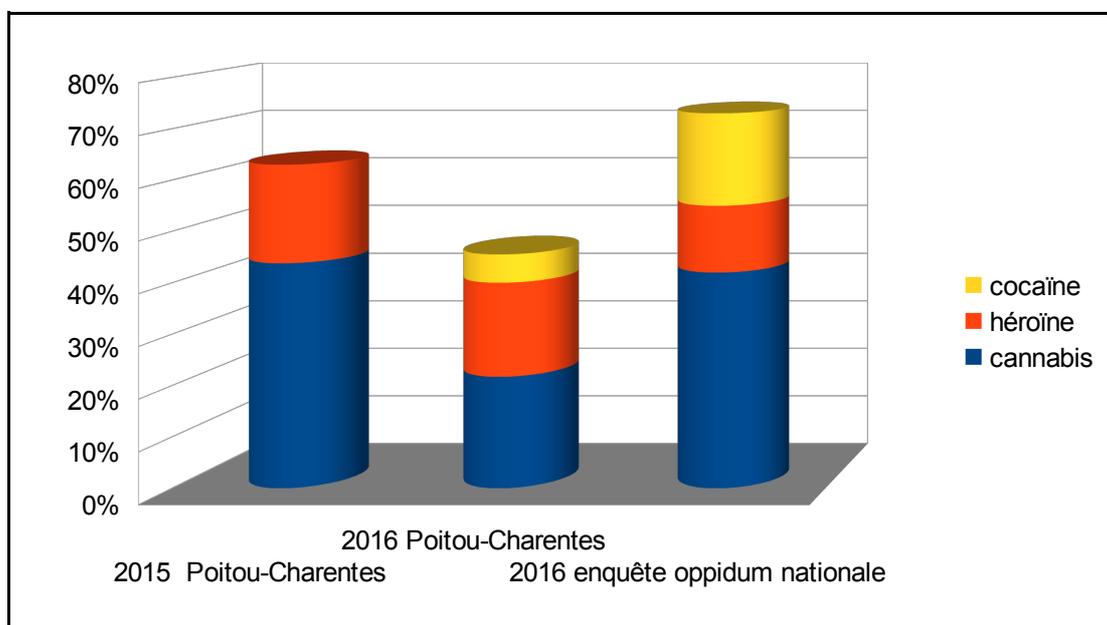


Figure 17: Produits illicites consommés

Entre 2015 et 2016 on observe ainsi l'apparition de consommateurs de cocaïne dans le Poitou-Charentes, consommateurs que l'on retrouve dans des proportions plus importantes au niveau national (18,0%).

Ainsi, que ce soit en 2015 ou en 2016, dans le Poitou-Charentes ou sur l'ensemble du territoire français, la répartition de la consommation de substances illicites reste la même. Le cannabis arrive en tête, suivi de l'héroïne et de la cocaïne. Ceci peut s'expliquer par le fait que le cannabis est plus facile à se procurer pour certains (culture maison) ainsi que l'image de drogue douce que beaucoup en ont, la question de sa dépénalisation revenant chaque année sur le devant de la scène médiatique et politique.

De plus les prix de ces substances peuvent expliquer cet ordre de consommation. En effet un rapport de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) de 2012 a révélé qu'il fallait déboursier moins de 10 euros pour obtenir 1 gramme de cannabis en France alors que le prix au gramme s'élevait aux alentours de 40 euros pour l'héroïne et de 70 euros pour la cocaïne. [33]

Par ailleurs, la deuxième position de l'héroïne dans ce classement, peut être le fait de l'émergence d'une population de consommateurs dits récréatifs, depuis le début des années 2000. [11]

En outre en 2016, OPPIDUM nous révèle que le pourcentage de consommateurs d'héroïne est plus important en Poitou-Charentes qu'au niveau national (13,0%) alors qu'une tendance inverse s'observe quant aux consommateurs de cannabis (42,0% de consommateurs en France).

Parmi les consommateurs de cannabis, 62,5% le consomment quotidiennement en 2015 pourcentage qui augmente en 2016 et s'élève à 69,2%. Ce chiffre peut s'expliquer par l'image de drogue douce que beaucoup se font du cannabis.

Parmi les consommateurs d'héroïne, 35,7% la consomment quotidiennement en 2015. Ce pourcentage chute en 2016 puisqu'il est de 18,2%.

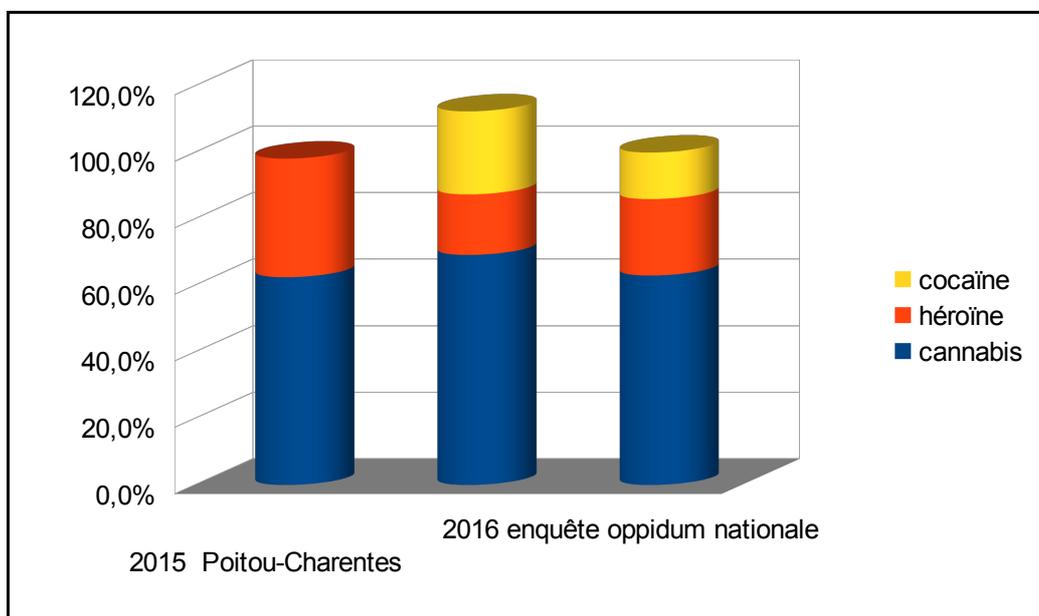


Figure 18: Usage quotidien

En 2015, parmi les consommateurs d'héroïne, 85,7% la consomment par voie nasale, 28,6% par voie inhalée et 7,1% par voie orale (plusieurs voies d'administration possibles). Aucune consommation par voie IV n'a été rapportée.

En 2016, parmi les consommateurs d'héroïne, 63,6% la consomment par voie nasale, 36,4% par voie IV, 18,2% par voie inhalée et 9,1% par voie orale (plusieurs voies d'administration sont possibles).

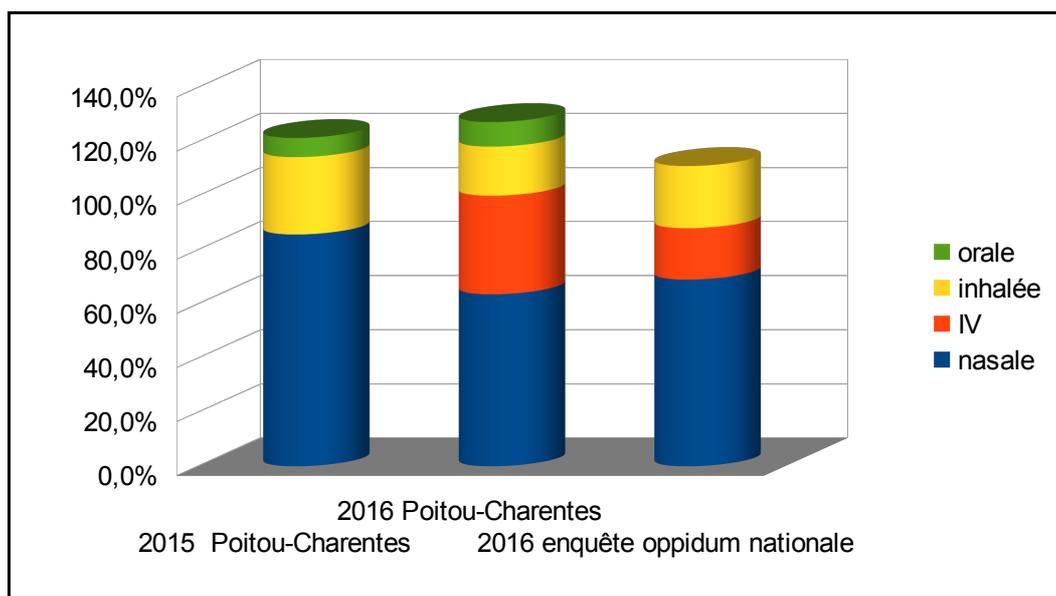


Figure 19: Voie d'administration de l'héroïne

On observe ainsi la présence de la voie orale comme voie d'administration de l'héroïne dans le Poitou-Charentes que ce soit en 2015 ou en 2016. Voie d'administration non retrouvée au niveau national.

Ceci peut s'expliquer soit par le fait que la voie parachute notée dans la rubrique "autres" des voies d'administration sur certaines fiches, ait pu être notée dans la rubrique "voie orale" par certains usagers du Poitou-Charentes. Soit par le fait que le pourcentage de voie orale au niveau national ait été trop faible pour être citée.

Enfin, 5,5% des sujets sont consommateurs de cocaïne en 2016 dont 25,0% la consomment quotidiennement (aucune consommation de cocaïne n'a été rapportée en 2015). Parmi ces consommateurs de cocaïne, 75,0% la consomment par voie nasale et 50,0% par la voie inhalée. La voie IV n'est pas citée en Poitou-Charentes contrairement à l'enquête nationale (27,0%).

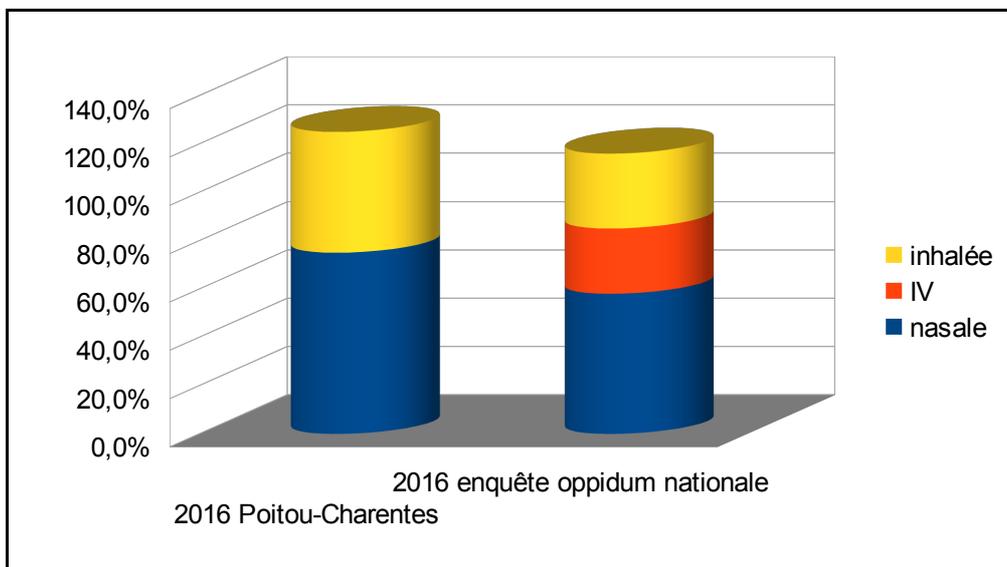


Figure 20: Voie d'administration de la cocaïne

8. Consommation de médicament de substitution aux opiacés

a) Année 2015: Poitou-Charentes

60,3% des sujets sont sous protocole de substitution (n=44). Parmi ceux-ci, la répartition entre protocoles est la suivante:

- protocole médical avec Buprénorphine Haut Dosage: 11,4%
- protocole médical avec méthadone: 77,3% dont 26,5% sous forme gélule (n=9) et 73,5% sous forme sirop (n=25).
- protocole médical avec d'autres médicaments: 4,5%
un sujet est sous Skénan® et un autre sous Durogésic® et Oxynorm®.

b) Année 2016: Poitou-Charentes

76,7% des sujets sont sous protocole de substitution (n=46). Parmi ceux-ci, la répartition entre protocole est la suivante:

- protocole médical avec Buprénorphine Haut Dosage: 26,5%
- protocole médical avec méthadone: 64,7% dont 59,1% sous forme gélule (n=13) et 40,9% sous forme de sirop (n=9).
- protocole médical avec Suboxone®: 2,9%
- protocole médical avec d'autres médicaments: 2,9% (Skénan® n=1)

On observe ainsi que la méthadone arrive en tête des protocoles de substitution aux opiacés, suivi de la BHD en 2015 et 2016 dans le Poitou-Charentes ainsi qu'au niveau national en 2016. Le Suboxone® n'est pas prescrit dans le Poitou-Charentes en 2015.

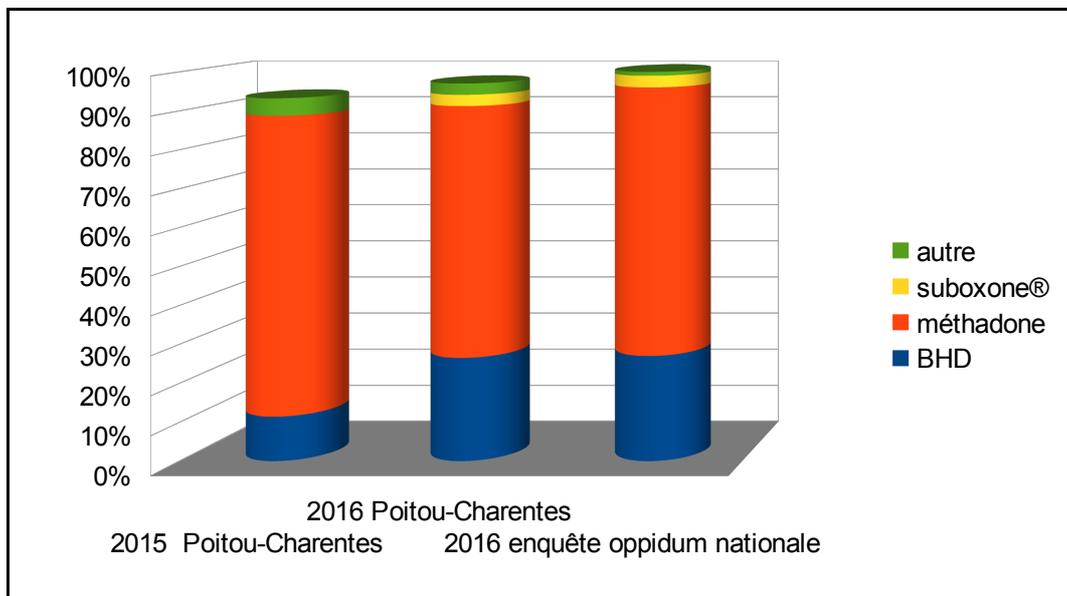


Figure 21: Proportion de sujets sous protocole de substitution aux opiacés

9. Consommation de Buprénorphine Haut-dosage

En 2015, 6,8% des sujets (n=5) consomment de la BHD, alors que 26,7% (n=16) en consomment en 2016. Pour tous, il s'agit du Subutex®. Alors qu'il a été exclusivement consommé dans le cadre d'un protocole médical en 2015, en 2016 ils sont 56,3%. En effet cette dernière année, ils sont 50% à l'avoir consommé en dehors d'un protocole médical (Un sujet le consomme dans les deux cas).

Le tableau qui suit regroupe les caractéristiques des usagers de Subutex® sous protocole:

	2015	2016	Résultats nationaux 2016
n	5	9	613
Age moyen	34,2 ±10,3	39,1 ±6,4	41,0 ±9
% homme	60%	77,8%	83%
Activité Professionnelle	20%	11,1%	30%
Logement stable	60%	77,8%	81%
Dose en mg/j	26,0± 20,5	15,1 ± 6,9	10,1 ± 5,9
Voie(s)			
• orale	100%	55,6%	85%
• nasale	20%	0%	12%
• inhalée	0%	0%	1%
• IV	20%	66,7%	18%
Obtention illégale	0%	11,1%*	8%
Consommations associées			
Benzodiazépine	0%	11,1%	26%
Héroïne	20%	0%	6%
Morphine	0%	11,1%	1%
Cocaïne	20%	44,4%	16%
Cannabis	40%	0%	26%

Tableau 1: Caractéristiques des usagers de BHD dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés

*En 2016, sur les 9 sujets consommant du Subutex® dans le cadre d'un protocole médical, 8 l'obtiennent sur prescription médicale et 1 sujet n'a pas renseigné cette information. Parmi ceux-ci, une personne s'en procure en plus de façon illégale (deal, acheté dans la rue).

Ainsi l'âge moyen des sujets traités par BHD a augmenté entre 2015 et 2016 dans le Poitou-Charentes pour se rapprocher de la moyenne d'âge nationale.

Ces mêmes patients sont majoritairement des hommes et la voie d'administration de leur traitement est principalement la voie orale et la voie IV.

Alors que la plupart consomment conjointement de la cocaïne dans le Poitou-Charentes en 2016, ils sont plus nombreux à consommer du cannabis et des benzodiazépines dans le reste

de la France cette même année.

Le tableau suivant regroupe les caractéristiques des usagers de Subutex® hors protocole médical:

	2016	Résultats nationaux 2016
n	8	65
Age moyen	34,8 ± 4,0	35,0 ± 7,4
Activité Professionnelle	25%	14%
Logement stable	37,5%	52%
Grande précarité	0,0%	31%
Dose en mg/j	7,7 ± 3,2	6,6 ± 4,8
Voie(s) <ul style="list-style-type: none"> • orale • nasale • inhalée • IV 	37,5% 12,5% 0% 87,5%	43% 37% 5% 29%
Obtention illégale	100%*	95%
Consommations associées <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazépine • Héroïne • Morphine • Cocaïne • Méthadone • Cannabis 	12,5% 12,5% 0% 25% 25% 12,5%	25% 20% 3% 26% 22% 29%

Tableau 2: Caractéristiques des usagers de BHD hors protocole de substitution aux opiacés

*En 2016, 87,5% des sujets consommant du Subutex® hors protocole médical l'obtiennent principalement de manière illégale (deal/acheté dans la rue n=5; donnée n=1; NR n=1) et un sujet l'obtient en vente libre. Ils sont 6 à se le procurer d'une manière secondaire (deal /acheté dans la rue n=3 et donné n=3).

Ainsi, les consommateurs de Subutex® hors protocole sont en moyenne des trentenaires, qui sont plus nombreux à jouir d'une situation stable dans le Poitou-Charentes que dans le reste de la France (activité professionnelle plus élevée et pourcentage de situation de grande précarité nul), en revanche le pourcentage de logement stable est plus élevé dans le reste de la France que dans la région Poitou-Charentes.

Si la voie IV est majoritaire comme voie d'administration dans cette même région, la voie orale est préférée dans le reste de la France.

Enfin, la cocaïne et la méthadone sont, à parts égales, les principales substances consommées conjointement chez ces consommateurs de Subutex® hors protocole dans le Poitou-Charentes, alors que dans le reste de la France il s'agit du cannabis.

Un rapport datant de 2011 de l'OFDT sur la perception des traitements de substitution aux opiacés vu par les patients révèle que ceux-ci ont une mauvaise image de la BHD qui au fil du temps a perdu son statut de médicament au profit de drogue de rue. [32]

10. Consommation de Suboxone®

Contrairement à l'année 2015 où aucuns des sujets interrogés ne consomment de Suboxone®, en 2016, un sujet a déclaré en consommer, et ce dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés.

Il s'agit d'un sujet de 20 ans qui jouit d'une situation stable (logement stable, activité professionnelle avec revenus réguliers) et qui est consommateur d'héroïne et de benzodizépines.

L'âge de ce sujet est inférieur à la moyenne des consommateurs en France en 2016 qui est de $38,2 \pm 9,5$ ans.

De plus, parmi les consommateurs de Suboxone® en France en 2016 aucun ne la consomme hors protocole, le pourcentage de sujets sous protocole médicale avec Suboxone® s'élevant à 3,0%. Ils jouissent pour 75,0% d'entre eux d'un logement stable, 33,0% ont une situation professionnelle stable et ils sont seulement 13,0% à se trouver dans une situation de grande précarité. La voie orale est la principale voie d'administration du Suboxone® et les benzodiazépines arrivent en tête des consommations associées (27,0%).

11. Consommation de Méthadone

En 2015, les consommateurs de méthadone représentent 47,9% (n=35) des sujets.

- La part de la forme sirop est de 71,4%
- La part de la forme gélule est de 28,6%

Le tableau suivant regroupe les caractéristiques des usagers de méthadone dans le cadre d'un protocole de substitution:

	Sirop	Gélule
n	25	9
Age moyen	35,5 ± 8,4	29,3 ± 4,0
% homme	64,0%	77,8 %
Activité professionnelle	24,0%	77,8%
Logement stable	84,0%	100%
Grande précarité	4,0%	11,1%
Dose en mg/j	106,36 ± 43,9	122,22 ± 46,6
Voie(s) orale	92,0% *2NR	100,0%
Obtention illégale	12,0% (mode d'obtention secondaire) *2NR	0,0%
Consommations associées		
Benzodiazépines	4,0%	0,0%
Héroïne	24,0%	11,1%
Morphine	0,0%	0,0%
Cocaïne	4,0%	11,1%
Cannabis	32,0%	44,4%

Tableau 3: Caractéristiques des usagers de méthadone dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés dans le Poitou-Charentes en 2015

Ainsi, la forme sirop est majoritaire chez ces patients traités par méthadone qui sont majoritairement des hommes profitant d'une situation économiquement stable (faible pourcentage de grande précarité). La principale substance consommée conjointement est la benzodiazépine que ce soit chez les patients traités par méthadone gélule ou sirop.

Parmi l'ensemble des consommateurs de méthadone en 2015, un sujet la consomme en dehors d'un protocole de substitution aux opiacés, sous la forme gélule. Il s'agit d'un homme de 34 ans également consommateur d'héroïne et de cannabis, qui déclare obtenir sa méthadone par dons.

En 2016, 61,7% des sujets participants à l'enquête sont consommateurs de méthadone. Parmi

eux, ils sont 91,9% à l'utiliser dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacées. Le tableau qui suit regroupe leurs caractéristiques:

	sirop	gélule
n	21	13
Age moyen	35,5 ± 6,0	33,9 ± 8,2
% homme	85,7%	92,3%
Activité professionnelle	33,3%	38,5%
Logement stable	76,2%	84,6%
Grande précarité	9,5%	0,0%
Dose en mg/j	101,2	80,4
Voie(s) orale	100,0%	100,0%
Obtention illégale	0,0%	0,0%
Consommations associées		
Benzodiazépine	14,3%	7,7%
Héroïne	14,3%	30,8%
Morphine	0,0%	7,7%
Cocaïne	13,6%	7,7%
Cannabis	23,8%	23,1%

Tableau 4: Caractéristiques des usagers de méthadone dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés dans le Poitou-Charentes en 2016

Ainsi, comme pour l'année 2015, en 2016 les patients traités par méthadone le sont principalement par la forme sirop (forme utilisée lors de l'instauration du traitement), et sont en majorité des hommes qui profitent d'une situation économique stable (faible pourcentage de grande précarité).

Si l'héroïne est la principale substance consommée conjointement par les patients traités par méthadone gélule, il s'agit du cannabis chez les patients traités par méthadone sirop.

En 2016, parmi les consommateurs de méthadone ils sont 13,5% (3 patients) à la consommer en dehors d'un protocole de substitution aux opiacés.

A noter qu'en 2016, parmi les consommateurs de méthadone dans le cadre d'un protocole de

substitution aux opiacés, 5,9% d'entre eux (n=2) la consomment également en dehors de leur protocole de substitution aux opiacés.

De plus en 2016 au niveau national, le cannabis arrive en tête des consommations associées chez les patients sous méthadone (forme sirop et gélule confondue), dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés. Alors que cette même année dans le Poitou-Charentes c'est l'héroïne qui arrive en tête des consommations associées chez les consommateurs de méthadone gélule dans le cadre d'un protocole de substitution aux opiacés (30,8%), le cannabis arrivant en deuxième position.

12.Évaluation de l'abus et de la dépendance des produits et des modes d'obtention

a) Benzodiazépines et apparentés

(a) Année 2015: Poitou-Charentes

6,8% des sujets sont consommateurs de benzodiazépines et apparentés (n=5).

L'âge moyen des sujets est de $38,8 \pm 12,9$ ans, 60,0% sont des femmes.

Parmi les consommateurs de benzodiazépines et apparentés, tous ont un logement stable, 60,0% ont un revenu régulier tandis que 40,0% sont dans une situation précaire avec compensation(s) sociale(s).

20,0% (n=1) présentent une dépendance alcoolique. 40,0% sont sous protocole de substitution aux opiacés (Skénan® et méthadone sirop).

Les benzodiazépines et apparentés consommés sont (n=5):

L'alprazolam, le zolpidem, le bromazépam, le diazépam et la zopiclone. 80,0% des sujets l'ont obtenu sur prescription médicale (pour un sujet, la benzodiazépine lui est donnée). 60,0% des benzodiazépines et apparentés consommés entraînent un syndrome de souffrance à l'arrêt et 20,0% n'ont jamais été arrêtés.

Un sujet consomme en plus de l'héroïne et un autre du cannabis, les 60,0% restant ne présentent pas de consommations associées.

(b) Année 2016: Poitou-Charentes

15,0% des sujets consomment une benzodiazépine et apparentés (n=9).

L'âge moyen des sujets est de $35,3 \pm 13,9$ ans et 66,7% sont des hommes.

Parmi l'ensemble des consommateurs de benzodiazépines et apparentés, 77,8% ont un logement stable. Concernant leurs ressources, 33,3% d'entre eux ont des revenus réguliers, 44,4% sont en situation de précarité avec compensation(s) sociale(s) et 11,1% en situation de grande précarité.

44,4% présentent une dépendance alcoolique, et 66,7% suivent un protocole de substitution aux opiacés (méthadone sirop n=3 ; méthadone gélule n=1 ; BHD Subutex® n=1 ; BHD Suboxone n=1).

Parmi les 11 benzodiazépines et apparentés consommés, on retrouve: le zolpidem 27,3%, l'oxazepam 36,4%, le diazepam 27,3%. 77,7% des sujets l'ont obtenu sur prescription

médicale (un sujet fait appel à des prescripteurs multiples et un sujet l'achète dans la rue). Parmi les 11 benzodiazépines et apparentés consommés, 72,7% entraînent un symptôme de souffrance à l'arrêt chez le consommateur et 18,2% n'ont jamais été arrêtés.

33,3% des sujets consomment en plus de la cocaïne, 33,3% des amphétamines, 22,2% du cannabis, 22,2% de l'héroïne, et 11,1% de la méthadone (en dehors d'un protocole de substitution aux opiacés).

(c) Résultats de l'enquête nationale en 2016

En France en 2016, 20,0% des sujets sont consommateurs de benzodiazépines et apparentés.

Le tableau suivant regroupe l'ensemble des benzodiazépines consommées par les sujets participant à l'enquête au niveau national en 2016:

	n	%
diazépam	368	29%
oxazépam	287	22%
zopiclone	141	11%
zolpidem	113	9%
bromazépam	110	9%
alprazolam	89	7%
lormétazépam	48	4%
prazépam	42	3%
clonazépam	34	2,6%
lorazepam clorazépate dipotassique	15	1%

Tableau 5: Consommation des benzodiazépines et apparentés en France en 2016: part de chaque benzodiazépines parmi l'ensemble des benzodiazépines [30]

(d) Analyse des résultats

On observe une augmentation du pourcentage de consommateurs de benzodiazépines et apparentés dans le Poitou-Charentes entre 2015 et 2016. Parmi ceux-ci, ils sont plus nombreux à suivre un protocole de substitution aux opiacés en 2016 (66,7%) qu'en 2015 (40,0%).

En 2016 au niveau national, le diazépam est la benzodiazépine qui arrive en tête des consommations. On la retrouve dans le Poitou-Charentes en 2015 et 2016.

Des données récentes montrent une baisse de la consommation de benzodiazépines en France malgré des chiffres qui restent élevés. En effet en France en 2015, près de 13,4% de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine (principalement anxiolytique). Quel que soit l'âge, l'usage des benzodiazépines expose à un risque d'abus et de dépendance physique et psychique avec un syndrome de sevrage à l'arrêt. Elles restent aujourd'hui les substances les plus impliquées dans la soumission chimique.[34]

b) Les analgésiques opioïdes

(a) Année 2015

En 2015, la proportion de consommateurs d'opiacés est 6,8%.

La moyenne d'âge de ces consommateurs est de $39,6 \pm 14,2$ ans et il ne s'agit que de consommateurs de sexe masculin.

On comptabilise 6 consommations d'analgésiques opioïdes: 2 morphines sous la forme Skénan®, 2 oxycodone (Oxynorm®), 1 fenatnyl et 1 codéine (Néocodion®).

La majorité des consommateurs d'opiacés (60,0%) ont obtenu leur analgésiques opioïdes sur prescription médicale, 20,0% se les sont procurés en vente libre (un sujet n'a pas fourni cette information). 80,0% déclarent souffrir d'un syndrome de souffrance à l'arrêt de leur traitement, et ils sont autant à le consommer de manière quotidienne.

Enfin, 60,0% ont démarré ce traitement depuis des années, tandis que 20,0% depuis quelques mois.

(b) Année 2016

La proportion de consommateurs d'opiacés est de 6,7%.

La moyenne d'âge de ces consommateurs (tous masculins) est de $38,7 \pm 4,6$ ans.

On comptabilise 4 consommations d'analgésiques opioïdes. Il ne s'agit que de morphine sous la forme Skénan®.

Parmi ces consommateurs de morphine, 50,0% l'ont obtenu sur prescription médicale tandis que l'autre moitié l'a obtenu par deal (acheté dans la rue). 75,0 % souffrent d'un symptôme de souffrance à l'arrêt de leur consommation. Ils ont tous démarré depuis des années cette consommation. Ils sont 50,0% à la consommer quotidiennement et 50,0% de manière occasionnelle.

(c) Analyse des résultats

On observe une stabilisation de la consommation d'opiacés dans le Poitou-Charentes entre 2015 et 2016. En revanche cette consommation est plus élevée dans le Poitou-Charentes qu'au niveau national comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous:

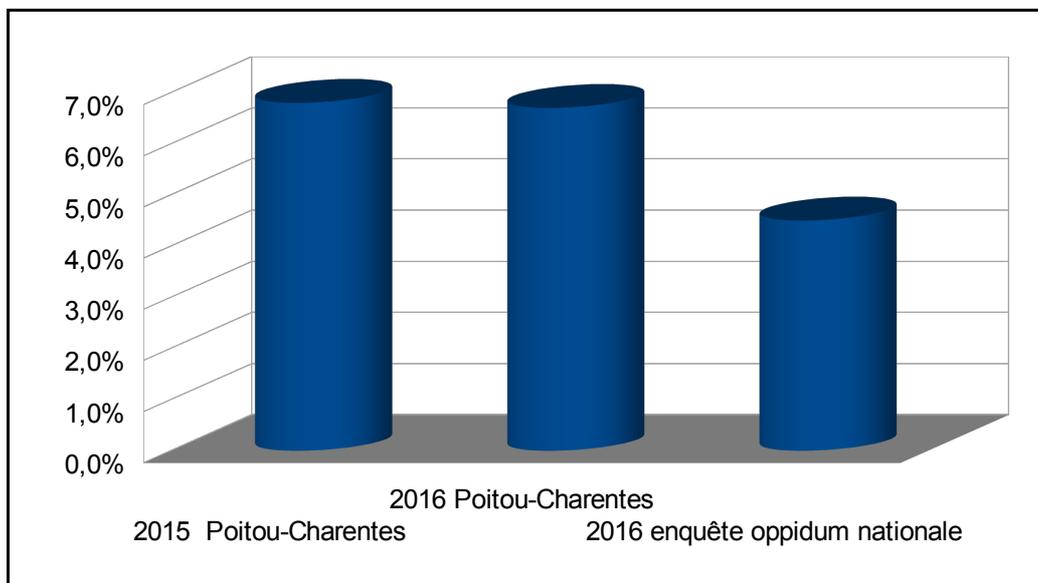


Figure 22: Consommateurs d'opiacés

Depuis 10 ans, la politique de prise en charge de la douleur fait que la consommation des antalgiques opioïdes a augmenté en France. En parallèle, l'ANSM observe une augmentation du mésusage, ainsi que des intoxications et des décès liés à l'utilisation des antalgiques opioïdes, qu'ils soient faibles ou forts. Le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes a en effet augmenté de 146% entre 2000 et 2015, avec au moins 4 décès par semaine. Cependant, la situation n'est pas comparable avec celle observée au Canada et aux Etats-Unis où dans ce dernier en 2016, la crise des opiacés a été décrétée "urgence de santé publique" par le président Donald Trump.[35]

13. Mode d'obtention illégal des médicaments

a) Année 2015

En 2015, 4,1% des sujets ont obtenu leurs médicaments illégalement.

5 médicaments sont concernés: la méthadone et la zopiclone qui ont été données, le zolpidem qui a été volé et le dépakote et la rispéridone qui ont été obtenus en vente libre (marché noir).

b) Année 2016

En 2016, 31,7% des sujets ont obtenu leurs médicaments illégalement.

19 médicaments sont concernés.

Le tableau ci-dessous présente ces médicaments et leurs modes d'obtention:

	Mode d'obtention	Nombre de fiches
skénan®	donné deal (acheté dans la rue)	3
kétamine	deal (acheté dans la rue)	1
méthadone	deal (acheté dans la rue) donné	5
zolpidem	deal prescripteurs multiples	3
subutex®	deal (acheté dans la rue) donné	8
benzodiazépine inconnue	deal (acheté dans la rue) prescripteurs multiples	1

Tableau 6: Obtention illégale des médicaments dans le Poitou-Charentes en 2016

On note ainsi que le Subutex® arrive en tête des médicaments obtenus illégalement suivi de la méthadone.

c) Analyse des résultats

La part des sujets ayant obtenu illégalement leurs médicaments a fortement augmenté entre 2015 et 2016 dans le Poitou-Charentes, et cette part est plus élevée dans cette région qu'au niveau national (18,0%).

Le tableau suivant présente les 10 médicaments dont la part d'obtention illégale est la plus importante parmi les médicaments ayant une occurrence >10 et un nombre d'obtention illégale >1, en France en 2016:

	Nombre de fiches totales ¹	Nombre obtenus illégalement	Part d'obtention illégale (%)
Kétamine	40	40	100%
Méthylphénidate	28	20	71%
Clonazéпам	33	23	70%
Trihexyphénidyle	33	22	67%
Morphine	163	105	64%
Oxazéпам	273	67	25%
Bromazéпам	105	25	24%
Diazéпам	353	69	20%
Alprazolam	83	15	18%
BHD	1078	194	18%

Tableau 7: Les 10 médicaments ayant la plus grande part d'obtention illégale¹ [30]

¹médicaments ayant un nombre total de fiches > à 10 et ayant au moins 2 signalements d'obtention illégale; ² nombre totale de fiches avec le mode d'obtention renseigné;

On note une augmentation de la consommation de kétamine (psychotrope hallucinogène utilisé comme anesthésiant général d'action rapide en médecine et en science vétérinaire), au niveau national en 2016, qui ne semble pas se retrouver dans le Poitou-Charentes, un seul sujet ayant déclaré en consommer.

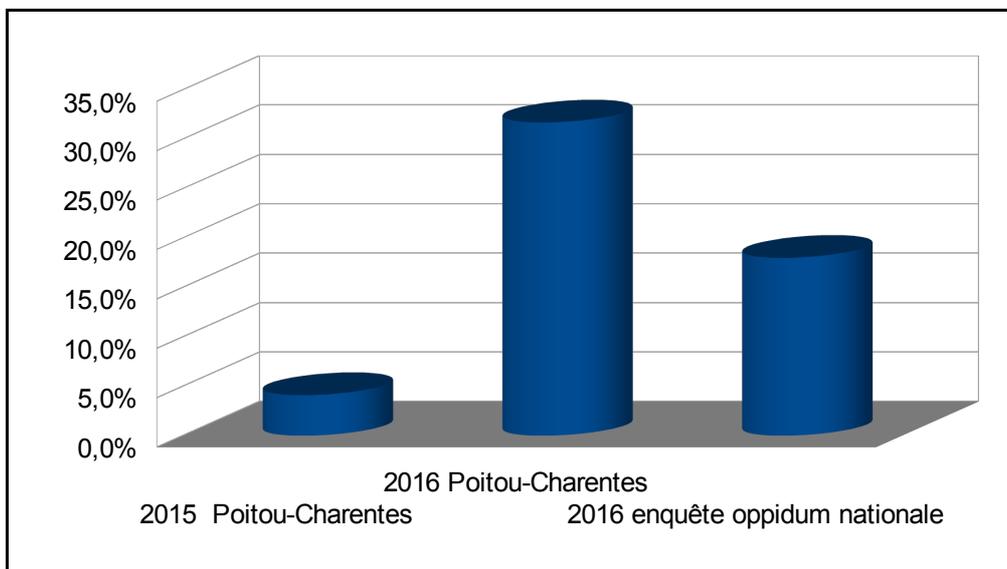


Figure 23: Part des sujets ayant obtenu illégalement leur médicament

14. Drogues de synthèse

En 2015, 2 sujets ont consommé une drogue de synthèse.

Pour l'un, âgé de 17 ans, il s'agit de MDMA (3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine), pour l'autre âgé de 19 ans il s'agit d'amphétamine.

Les deux individus sont de sexe masculin et ont débuté leur consommation il y a quelques mois. Tous deux obtiennent leurs drogues de synthèse par deal (acheté dans la rue), et ils la consomment par voie orale en recherchant un effet positif.

Enfin, la consommation de MDMA n'entraîne pas de symptômes de souffrance à l'arrêt chez son propriétaire, ce qui n'est pas le cas pour l'individu consommant des amphétamines.

En revanche en 2016, le nombre de consommateurs de drogue de synthèse a augmenté. Ils sont en effet 6 à avoir déclaré consommer au moins une drogue de synthèse soit 10 fiches drogues de synthèse.

Aucune consommation de NPS (Nouveaux Produits de Synthèse) n'a été décrite.

5 sujets sont consommateurs de phénéthylamines:

- 2 sujets consomment des amphétamines (ou speed)
- 5 sujets consomment de l'ecstasy/ MDMA

La moyenne d'âge de ces sujets est de $36,0 \pm 5,4$ ans. Ce sont des hommes à 80,0%.

3 sujets sont consommateurs de tryptamine, ils consomment tous du LSD. Ces derniers sont des hommes à 80% et leur moyenne d'âge est de $38,3 \pm 4,2$ ans.

La consommation de drogues de synthèses touche toutes les régions de France. Dans le Poitou-Charentes, celle-ci a nettement augmenté entre 2015 et 2016, phénomène que l'on retrouve au niveau national, et on note que cette consommation concerne des sujets plus âgés mais qui reste majoritairement masculin.

Cette augmentation de consommation de produit de synthèse entre 2015 et 2016 peut s'expliquer au niveau national par la faible participation des CAARUD en 2015, phénomène

que l'on retrouve dans le Poitou-Charentes puisqu'aucun CAARUD n'a participé à l'enquête.

Conclusion

Selon les données recueillies lors de l'enquête OPPIDUM, le profil des consommateurs de substances psychoactives dans le Poitou-Charentes en 2015 et en 2016 est assez semblable. Il s'agit majoritairement d'hommes d'une trentaine d'années, vivant dans une situation de précarité avec compensations sociales et ayant pour la plupart un logement stable.

Concernant leurs consommations de substances psychoactives, on note une augmentation de la consommation de médicaments puisque l'on passe de 21% en 2015 à 42% en 2016. Ce sont les médicaments utilisés dans le sevrage aux opiacées qui arrivent en tête cette même année (43% vs 11% en 2015) suivi des benzodiazépines (27% vs 11% en 2015) et des analgésiques opioïdes forts (10% vs 22% en 2015).

La répartition des consommateurs de substances psychoactives illicites est la même entre 2015 et 2016. Le cannabis arrive en tête suivi de l'héroïne et de la cocaïne.

Le cannabis est majoritairement le premier produit psychotrope consommé tandis que l'héroïne est le premier produit psychotrope ayant entraîné une dépendance.

Parmi les sujets interrogés, on remarque également une augmentation de la part des sujets suivant un protocole de substitution aux opiacés entre 2015 (59%) et 2016 (77%), la plupart étant sous méthadone forme sirop.

Des similitudes entre les sujets interrogés dans le Poitou-Charentes et ceux du reste de la France existent. Ainsi, en France en 2016, la consommation de cocaïne a augmenté (16% vs 12% en 2015), tout comme dans le Poitou-Charentes (18,3% vs 8,8% en 2015). Les sujets sous protocole de substitution aux opiacés sont comme dans le Poitou-Charentes, majoritairement sous méthadone (69% tandis que 27% sont sous Buprénorphine).

Cependant, on remarque également certaines différences. En effet, tandis qu'en France la tendance de la consommation d'analgésiques opioïdes forts est en augmentation depuis plusieurs années, ce phénomène ne se retrouve pas dans le Poitou-Charentes puisqu'elle était de 22% en 2015 et a diminué à 10% en 2016.

L'émergence aux Etats-Unis et en Europe de nouveaux produits de synthèse avec notamment les opioïdes de synthèse (fentanyl et analogues à l'origine d'overdoses mortelles) ne se retrouve pas dans le Poitou-Charentes, aucune consommation ayant été décrite.

Ainsi, cette enquête permet d'établir des profils de consommateurs et de déterminer des tendances de consommations. Les pharmaciens qui sont en contact direct avec ces consommateurs, que ce soit lors de la délivrance de traitements de substitution aux opiacés ou lors de la délivrance de matériels stériles nécessaires à leurs consommations (type steribox®) font partis des professionnels de santé qui accompagnent ces patients. Ils sont à leur écoute et peuvent les diriger vers des structures spécialisées. Dans le Poitou-Charentes, ceux qui le souhaitent peuvent adhérer à un réseau, appelé RAP (Réseau d'Addiction Poitou-Charentes), et ainsi être formés sur l'addiction et être mis en relation avec d'autres professionnels de santé favorisant ainsi une meilleure prise en charge des patients dépendants.

Bibliographie

- 1- **Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.** <https://www.ansm.sante.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 2- **Association française des centres addictologique.** <https://www.addictovigilance.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 3- **Drogues info service.** www.drogues-info-service.fr [Consulté en janvier 2018]
- 4- **Juillet P.** *Dictionnaire de Psychiatrie.* Paris: Ed. CILF (Conseil International de la Langue Française), 2000.
- 5- **Consultation hospitalière et ELSA.** Site intervenir-addictions.fr. <https://intervenir-addictions.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 6- **ELSA France.** <http://elsafr.wixsite.com/elsafrance> [Consulté en janvier 2018]
- 7- **Organisation Mondiale de la Santé.** <http://www.who.int/fr> [Consulté en janvier 2018]
- 8- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** Drogues et conduites addictives. Inpes éditions, décembre 2014: 224p.
- 9- **Addiction info suisse.** (2010). Le cannabis en question(s) [brochure]. Lausanne: addiction info suisse, 16p.
- 10- **Addiction info suisse.** (2010). Focus Cannabis [brochure]. Lausanne: addiction info suisse, 4p.
- 11- **Observatoire français des drogues et des toxicomanies.** <https://www.ofdt.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 12- **Bruneau D.** *Le cannabis sativa: une plante psychotrope ayant des intérêts thérapeutiques.* Thèse de doctorat de pharmacie, Université de Rennes. 2016.
- 13- **COSTES J-M. (Dir.)** Rapport: *Cannabis, données essentielles.* OFDT, 2007, 232 p.
- 14- **Toxiplante.** <https://www.toxiplante.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 15- **Stop cannabis.** <https://www.stop-cannabis.ch> [Consulté en janvier 2018]
- 16- **Le Bad Trip; dépendance, addiction et toxicomanie.** Site Fil Santé Jeune. <https://www.filsantejeunes.com> [Consulté en janvier 2018]
- 17- **Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.** <http://www.emcdda.europa.eu> [Consulté en janvier 2018]
- 18- **SOS hépatite.** <http://www.soshepatites.org> [Consulté en janvier 2018]

- 19- **Vidal**. <https://www.vidal.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 20- **Drogues dépendance**. <http://www.drogues-dependance.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 21- **POUSSET M. (Dir.)** *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis: OFDT, mars 2012, 232 p.
- 22- **Bianchi V., El Anbassi S.** *Médicaments: réussir l'internat en pharmacie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2012, 195p.
- 23- **Meddispar**. <http://www.meddispar.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 24- **"Douleurs intenses"** (mars 2016). Le moniteur des pharmaciens, cahier 2 du n°3118 (cahier de formation), p. 11
- 25- **"Douleurs intenses"** (mars 2016). Le moniteur des pharmaciens, cahier 2 du n°3118 (cahier de formation), p. 9-10
- 26- **MILDECA**. <http://www.drogues.gouv.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 27- **Centre d'Addictovigilance Auvergne**. <http://www.addictauvergne.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 28- **American Psychiatric Association**. *DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (5e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris: Masson, 2015, 1176p.
- 29- **Vidal 2015: le dictionnaire**. 91e éd. Paris: ed du Vidal, 2015, 3648p.
- 30- **OPPIDUM: Résultats de l'enquête 28**, mai 2017. Site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. <https://www.ansm.sante.fr> [Consulté en janvier 2018]
- 31- **Hall W**. *The mental health risks of adolescent cannabis use*, PLoS Med. 3, 2006.
- 32- **Langlois E**. *Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ?*, focus consommations et conséquences, OFDT, juillet 2011, 151 p.
- 33- **Gandilhon M., Cadet-Tairou A., Saïd S.** *Baromètre prix des substances psychoactives en 2012*, note de synthèse, OFDT, septembre 2013, 7p.
- 34- **Richard N.(coordinatrice)**. Rapport: *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*, ANSM, avril 2017, 60p.
- 35- **Monzon E**. Rapport: *État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques*. ANSM, février 2019, 52p.

ANNEXES

		
<p>Enquête n° 28 du lundi 3 octobre au dimanche 30 octobre 2016</p>		

Tampon du service
(Adresse complète si possible)

- Cette enquête est **strictement anonyme**.
- Son **objectif** est de surveiller l'évolution de la consommation de psychotropes. Il est donc indispensable :
 - ▶ **de définir au mieux les produits** : nom de la spécialité ou nom de la molécule pour les génériques ou nom du produit
 - ▶ **de limiter la recherche aux produits consommés DANS LA SEMAINE PRECEDENTE.**

- Merci de votre participation -

Données socio-économiques			
▶ Premier contact avec le patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
▶ Age	__ ans	▶ Grossesse en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	▶ Activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ Vie en couple	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Logement stable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ Enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Ressources	
▶ Niveau d'étude		<input type="checkbox"/> Grande précarité	
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Collège / CAP / BEP	<input type="checkbox"/> Précarité avec prestation(s) sociale(s)	
<input type="checkbox"/> Lycée / BAC	<input type="checkbox"/> Supérieur	<input type="checkbox"/> Revenus réguliers	

Tabac et Alcool	
▶ Dépendance alcoolique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ Consommation de tabac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
⇒ Si OUI, préciser le nombre de cigarettes fumées par jour :	
<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> > 20

Premiers produits psychotropes consommés [médicament ou autre, sauf tabac & alcool]	
▶ 1^{er} produit psychotrope consommé ⇒ A quel âge ? __ ans	▶ 1^{er} produit psychotrope ayant entraîné une dépendance ⇒ A quel âge ? __ ans
▶ 1^{er} médicament de substitution aux opiacés consommé (dans le cadre d'un protocole ou non) <input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/> Buprénorphine haut-dosage [BHD] <input type="checkbox"/> Suboxone <input type="checkbox"/> Autre : ⇒ A quel âge ? __ ans	

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES (TSO) ACTUEL
 Merci de préciser le TSO **CONSOMMÉ LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE** (et non pas prescrit)
 Si switch la semaine précédant l'enquête, garder le TSO le plus ancien

③ SPÉCIFIER LE TSO CONSOMMÉ ACTUELLEMENT

► **Protocole de substitution** Oui Non (Si NON : aller page suivante)

⇒ Si « OUI », lequel ? (1 seule réponse)

↓

Méthadone ⇒ Préciser la forme galénique :

<input type="checkbox"/> sirop	<input type="checkbox"/> inconnue/autre ⇒ Préciser :
<input type="checkbox"/> gélule	

Buprénorphine haut-dosage [BHD]. ⇒ Préciser :

<input type="checkbox"/> Inconnue	<input type="checkbox"/> BHD générique. ⇒ Préciser :
<input type="checkbox"/> Subutex®	<input type="checkbox"/> BHD Arrow® <input type="checkbox"/> BHD Sandoz®
<input type="checkbox"/> Suboxone®	<input type="checkbox"/> BHD Biogaran® <input type="checkbox"/> BHD Teva®
	<input type="checkbox"/> BHD Mylan® <input type="checkbox"/> BHD EG® <input type="checkbox"/> GNR inconnue

Autre médicament (en tant que TSO) ⇒ Préciser :

► **Protocole sous la responsabilité de :**

<input type="checkbox"/> Votre centre	<input type="checkbox"/> Autre centre spécialisé	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Autre structure ⇒ Préciser :
---------------------------------------	--	--	---

④ DECRIRE LA CONSOMMATION DU TSO ACTUEL

1- TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES SOUS PROTOCOLE

<i>Réservé</i>		<i>Réservé</i>	
Fréquence des prises et Quantité moyenne par jour			
<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quotidienne ⇒ Si médicament et quotidien : Préciser la posologie totale journalière (mg/j) = _____			
► Voie d'administration <small>(Plusieurs choix possibles)</small>	► Début de consommation	► Mode(s) d'obtention	principal secondaire <small>(1 seul choix) (plusieurs choix)</small>
<input type="checkbox"/> Orale ou sublinguale <input type="checkbox"/> Inhalation (Fumé) <input type="checkbox"/> Nasale (Sniffé) <input type="checkbox"/> Intra veineuse <input type="checkbox"/> Autre (IM, parachute, etc) ⇒ préciser :	<input type="checkbox"/> Quelques jours ou quelques semaines <input type="checkbox"/> Quelques mois <input type="checkbox"/> Quelques années ⇒ Préciser l'année de début _____	Prescription médicale Prescripteurs multiples Fausse ordonnance Deal (acheté dans la rue) Donné Volé Internet Autre ⇒	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
► Augmentation de la posologie depuis 6 mois			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
► Effet recherché (1 seul choix)		► Symptômes de souffrance à l'arrêt du médicament (morale, physique)	
<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Correcteur ou substitutif		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'a jamais arrêté	
► Prise concomitante d'alcool (simultanée)			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
► Commentaire			

4 - MEDICAMENT ou PRODUIT ILLICITE ou PRODUIT DE SUBSTITUTION ou AUTRE																									
Nom :			Forme galénique (Que pour les médicaments : cp, gélule, atrop, ampoule...):																						
			Réservé																						
Fréquence des prises et Quantité moyenne par jour																									
<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quotidienne ⇒ Si médicament et quotidien : Préciser la posologie totale journalière (mg/j) = _____																									
Voie d'administration (Plusieurs choix possibles) <input type="checkbox"/> Orale ou sublinguale <input type="checkbox"/> Inhalation (Fumé) <input type="checkbox"/> Nasale (Sniffé) <input type="checkbox"/> Intra veineuse <input type="checkbox"/> Autre (IM, parachute, etc) ⇒ préciser :	Début de consommation <input type="checkbox"/> Quelques jours ou quelques semaines <input type="checkbox"/> Quelques mois <input type="checkbox"/> Quelques années ⇒ Préciser l'année de début _____	Mode(s) d'obtention <input type="checkbox"/> Vente libre (en pharmacie) <input type="checkbox"/> Prescription médicale <input type="checkbox"/> Prescripteurs multiples <input type="checkbox"/> Fausse ordonnance <input type="checkbox"/> Deal (acheté dans la rue) <input type="checkbox"/> Donné <input type="checkbox"/> Volé <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Autre ⇒	<table border="1"> <thead> <tr> <th>principal (1 seul choix)</th> <th>secondaire (plusieurs choix)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	principal (1 seul choix)	secondaire (plusieurs choix)	<input type="checkbox"/>																			
principal (1 seul choix)	secondaire (plusieurs choix)																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Augmentation de la posologie depuis 6 mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																									
Effet recherché (1 seul choix) <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Correcteur ou substitutif		Symptômes de souffrance à l'arrêt du produit (morale, physique) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'a jamais arrêté																							
Prise concomitante d'alcool (simultanée) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Modalités d'usage (1 seul choix) <input type="checkbox"/> Usage simple <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Dépendance																							
Commentaire																									

5 - MEDICAMENT ou PRODUIT ILLICITE ou PRODUIT DE SUBSTITUTION ou AUTRE																									
Nom :			Forme galénique (Que pour les médicaments : cp, gélule, atrop, ampoule...):																						
			Réservé																						
Fréquence des prises et Quantité moyenne par jour																									
<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quotidienne ⇒ Si médicament et quotidien : Préciser la posologie totale journalière (mg/j) = _____																									
Voie d'administration (Plusieurs choix possibles) <input type="checkbox"/> Orale ou sublinguale <input type="checkbox"/> Inhalation (Fumé) <input type="checkbox"/> Nasale (Sniffé) <input type="checkbox"/> Intra veineuse <input type="checkbox"/> Autre (IM, parachute, etc) ⇒ préciser :	Début de consommation <input type="checkbox"/> Quelques jours ou quelques semaines <input type="checkbox"/> Quelques mois <input type="checkbox"/> Quelques années ⇒ Préciser l'année de début _____	Mode(s) d'obtention <input type="checkbox"/> Vente libre (en pharmacie) <input type="checkbox"/> Prescription médicale <input type="checkbox"/> Prescripteurs multiples <input type="checkbox"/> Fausse ordonnance <input type="checkbox"/> Deal (acheté dans la rue) <input type="checkbox"/> Donné <input type="checkbox"/> Volé <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Autre ⇒	<table border="1"> <thead> <tr> <th>principal (1 seul choix)</th> <th>secondaire (plusieurs choix)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	principal (1 seul choix)	secondaire (plusieurs choix)	<input type="checkbox"/>																			
principal (1 seul choix)	secondaire (plusieurs choix)																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Augmentation de la posologie depuis 6 mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																									
Effet recherché (1 seul choix) <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Correcteur ou substitutif		Symptômes de souffrance à l'arrêt du produit (morale, physique) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'a jamais arrêté																							
Prise concomitante d'alcool (simultanée) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Modalités d'usage (1 seul choix) <input type="checkbox"/> Usage simple <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Dépendance																							
Commentaire																									

Si plus de 4 substances signalées (avec ou sans TSO sous protocole), merci de prendre une autre fiche d'enquête.





programme OPPIDUM, enquête n°28 (octobre 2016) :
aide au remplissage des fiches

I - Critères d'inclusion

<p>Quels sujets inclure ?</p> <p>Ceux qui répondent à au moins un des deux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sujet présentant une pharmacodépendance ou un abus à une substance psychoactive (médicaments, substances illicites ou autres) ; ▪ sujet consommateur de traitement de substitution aux opiacés. 	<p>Quelles consommations décrire ?</p> <p>Tout produit psychotrope <u>consommé dans la semaine précédant l'inclusion</u>, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ceux arrêtés depuis (mais consommés il y a moins de 7 jours); ▪ ceux consommés occasionnellement, ▪ ceux consommés dans le cadre d'un usage simple ; ▪ ceux pour lesquels un sevrage est en cours (mais toujours consommés).
<p>Quels sujets ne pas inclure ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceux qui présentent un abus ou dépendance au tabac et/ou à l'alcool exclusivement (sans abus/dépendance à une autre substance psychoactive). ▪ Ceux qui ne consomment des produits psychoactifs que dans le cadre d'un usage simple (sauf si consommation de traitement de substitution aux opiacés). 	<p>Quelles consommations ne pas décrire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les consommations de tabac ou d'alcool. ▪ Les produits prescrits le jour même (le patient n'a pas encore commencé leur consommation). ▪ Les produits pour lesquels le sujet est effectivement sevré.

Ci après, les ressources d'aide au remplissage des fiches.

Comment ça marche ?

Il y a 2 parties (en plus des « consignes générales » délivrées pour la fiche « TSO sous protocole » et la fiche « produit ») :

- **Index :**
 - à gauche, reproduction de la fiche avec indexation (caractères blancs sur fond noir) des items pour lesquels des indications d'aide sont disponibles ;
 - à droite, reproduction miniature de la fiche, pour mieux se repérer.
- **Indications par item :** ces indications sont ensuite détaillées devant la référence d'index correspondante.

II - aide au remplissage de la fiche « sujet » [données socio-économiques]

■ Index :

Données socio-économiques

Premier contact avec le patient: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Grossesse en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Age	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2 Activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3 Logement stable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vie en couple	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	4 Ressources	
Enfants à charge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	5 Grande précarité	
1 Niveau d'étude	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Collège / CAP / BEP	6 Précarité avec prestation(s) sociale(s)	
	<input type="checkbox"/> Lycée / BAC <input type="checkbox"/> Supérieur	7 Revenus réguliers	

ET

Premiers produits psychotropes consommés
(médicament ou autre, sauf tabac & alcool)

1 ^{er} produit psychotrope consommé	1 ^{er} produit psychotrope ayant entraîné une dépendance
→ A quel âge ? _____ ans	→ A quel âge ? _____ ans

8 1^{er} médicament de substitution aux opiacés consommé (dans le cadre d'un protocole ou non)

Méthadone Buprénorphine haut dosage (BHID) Suboxone Autre : _____

→ A quel âge ? _____ ans

■ Indications par item :

1	Niveau d'étude	Indiquer le plus haut niveau atteint.
2	Activité professionnelle	Renseigner la situation pour la semaine précédant l'inclusion. Si activité professionnelle à temps partiel, cocher OUI. Si formation (même rémunérée), cocher NON.
3	Logement stable	Si hébergement durable chez un tiers (parent, ami, ...) cocher OUI. Si hospitalisé, renseigner avant l'hospitalisation.
4	Ressources	Quelque soit le type de revenu (même illicite, même versé par un tiers).
5	<input type="checkbox"/> Grande précarité	Situation de rupture sociale (sans accès durable au logement et/ou aux revenus).
6	<input type="checkbox"/> Précarité avec prestation(s) sociale(s)	RSA, AAH, ASS ¹ .
7	<input type="checkbox"/> Revenus réguliers	Salaires, allocation chômage, indemnités journalières, aide familiale, etc.
8	1^{er} médicament de substitution aux opiacés consommé (dans le cadre d'un protocole ou non)	Renseigner le 1 ^{er} médicament de substitution aux opiacés consommé et non pas le TSO actuel (sauf pour les cas où le 1 ^{er} médicament de substitution aux opiacés a été le même que le TSO actuel).



PAGE 1

¹ RSA : Revenu minimum d'insertion/ de solidarité active, AAH : Allocation Adulte Handicapé, ASS : Allocation Spécifique de Solidarité
Programme OPPIDUM, enquête n°28 (octobre 2016) : aide au remplissage des fiches

III - aide au remplissage de la fiche n°1 « TSO sous protocole »

■ Consignes générales :

- La notion de « protocole » renvoie ici exclusivement à la notion de protocole médical : prise en charge globale et continue par un médecin avec prescription de TSO, et non au protocole de soins de la Sécurité Sociale
- Renseigner le TSO effectivement consommé (ex : si prescription de Subutex® mais délivrance de BHD Arrow® : indiquer BHD Arrow®).
- **Les différents cas de figure :**
 - Le sujet ne consomme **aucun TSO** : cocher NON sur cette fiche n°1, passer aux fiches « produit » n° 2 à 5
 - Le sujet consomme **un TSO sous protocole** : Cocher OUI, spécifier le TSO dans la partie ② puis décrire sa consommation dans la partie ③ de la fiche « TSO sous protocole ».
 - Le sujet consomme **un TSO hors protocole** : cocher NON sur cette fiche n°1, décrire la consommation de TSO dans les fiches « produit » n° 2 à 5.
 - Si un TSO est consommé **à la fois dans le cadre et en dehors du cadre d'un protocole** (ex : obtention par deal en plus d'une quantité prescrite) :
 - N'utiliser que cette fiche n°1 (TSO sous protocole), en utilisant les items adéquats (mode(s) d'obtention secondaire, voie d'administration, ...) pour rendre compte des modalités de consommations réelles du sujet.
 - Calculer la posologie journalière en tenant compte, si besoin, des différentes quantités obtenues (= les additionner).
 - Le sujet consomme **plusieurs TSO** (molécules différentes (méthadone et BHD) ou spécialités différentes (Subutex® et générique)) :
 - Si un des TSO est consommé sous protocole : (1) utiliser cette fiche n°1 : cocher protocole OUI puis décrire les modalités de consommation de ce TSO (2) décrire l'autre TSO dans une des fiches « produit » n°2 à 5.
 - Si aucun TSO n'est consommé sous protocole : cocher NON sur cette fiche n°1 et les décrire dans une fiche n° 2 à 5.

■ Index :

② SPÉCIFIER LE TSO CONSOMMÉ ACTUELLEMENT

9 Protocole de substitution Oui Non (SWM, voir page suivante)
 ⇒ Si « OUI », lequel ? (1 seule réponse)

10 Méthadone ⇒ Préciser la forme galénique :
 sirop inconnue/autre ⇒ Préciser :

11 Inconnue ⇒ Préciser :
 Subutex® BHD Arrow® BHD Biogaran® BHD Mylan® BHD Sandoz® BHD Teva® BHD I 189 GNR inconnue

12 GNR inconnue

13 Autre médicament (en tant que TSO) ⇒ Préciser :

14 Protocole sous la responsabilité de
 Votre centre Autre centre spécialisé Médecin généraliste Autre structure n° Préciser :

PAGE 2

■ Indications par item :

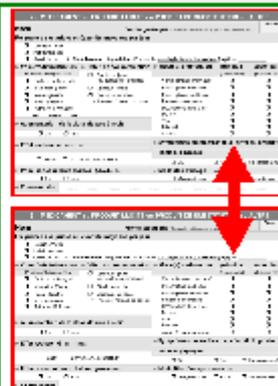
9	Protocole de substitution	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pour décrire les consommations actuelles de TSO sous protocole : cocher OUI, utiliser la fiche 1 Pour les consommations actuelles de TSO hors protocole : cocher NON, utiliser une fiche 2 à 5
10	inconnue/autre ⇒ Préciser :		A cocher si on ignore quelle forme de méthadone le sujet consomme (gélule ou sirop)
11	Inconnue		A cocher si on ignore quelle spécialité de BHD le sujet consomme (Subutex® ou générique).
12	GNR inconnue		A cocher si on ignore quelle spécialité générique de BHD le sujet consomme (Mylan®, Sandoz®, ...)
13	Autre médicament (en tant que TSO)		A renseigner seulement si le patient consomme actuellement un autre médicament dans le cadre d'une substitution aux opiacés.
14	Protocole sous la responsabilité de		Qui est en charge de la prescription et du suivi du TSO ?

IV - aide au remplissage des fiches « produit » n° 2 à 5

- **Consignes générales :**
 - Si consommation de **plusieurs dosages d'un même médicament** ou si « **complément** » d'une prescription (ex : par deal), ne remplir qu'une seule fiche « produit » en indiquant les différents dosages ou/et les différentes quantités (=les additionner) ou/et les différents modes d'obtention.
 - Quel nom de médicament renseigner ? ⇒ Le nom du médicament **consommé** et non celui du médicament **prescrit**
 - Si consommation d'une spécialité générique, préciser GNR pour « générique » (ex : « paroxétine GNR »)
 - Si spécialité inconnue (princeps ou GNR ?), préciser SAI pour « sans autre indication » (ex : « paroxétine SAI »)
 - Cas particulier pour les TSO consommés **hors protocole** :
 - mentionner le nom du laboratoire fabricant pour une spécialité générique de BHD (ex : « BHD Mylan® »)
 - mentionner systématiquement la forme galénique pour la méthadone (ex : « Méthadone Sirop »)

■ Index :

2 - MEDICAMENT ou PRODUIT ILLICITE ou PRODUIT DE SUBSTITUTION ou AUTRE	
Nom :	Forme galénique (pour le médicament) (ex : comprimé, sirop, etc.)
Fréquence des prises et Quantité moyenne par jour	
<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> Si médicament et quotidienn 15 Préciser la posologie totale, journalière (mg/j) :	
16 Voie d'administration (Préciser dans le commentaire) <input type="checkbox"/> Orale (au biberon) <input type="checkbox"/> Orale (tétard) <input type="checkbox"/> Nasale <input type="checkbox"/> Intraconjonctive <input type="checkbox"/> Intraoculaire <input type="checkbox"/> Intraartérielle <input type="checkbox"/> Intraartérielle <input type="checkbox"/> Intraartérielle	16 Début de consommation (Préciser dans le commentaire) <input type="checkbox"/> Quelques jours ou quelques semaines <input type="checkbox"/> Quelques mois <input type="checkbox"/> Quelques années <input type="checkbox"/> Pas de début connu
17 Mode(s) d'obtention (Préciser dans le commentaire) principal (1) secondaire (2) <input type="checkbox"/> Vente libre (en pharmacie) <input type="checkbox"/> Prescription médicale <input type="checkbox"/> Prescripteurs multiples <input type="checkbox"/> Fausse ordonnance <input type="checkbox"/> LÉGI (LÉGI 0305 0306) <input type="checkbox"/> Drogue <input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> H-herbe <input type="checkbox"/> Autre :	
20 Effet recherché (1 ou deux) <input type="checkbox"/> 21 Positif <input type="checkbox"/> 22 Correcteur ou substitutif	
23 Prise concomitante d'alcool (simultane) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
24 Modalités d'usage (1 ou plusieurs) <input type="checkbox"/> Usage simple <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Dépendance	



PAGES 3 et 4

■ Indications par item :

15	Préciser la posologie totale journalière	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uniquement pour les médicaments consommés quotidiennement. ▪ Si dosage inconnu, donner le maximum d'infos (ex : nb de comprimés, nb de gouttes...)
16	Début de consommation	Si le sujet a arrêté puis repris sa consommation, indiquer la date de reprise.
17	[mode d'obtention] secondaire	Un ou plusieurs choix ; à ne renseigner que si nécessaire au vu de la situation décrite.
18	Vente libre	Uniquement pour les médicaments vendus sans ordonnance . Ne convient pas pour les produits réglementés ou illicites
19	Prescripteurs multiples	Recours simultané à plusieurs prescripteurs dans le but de se faire prescrire un même médicament. (pratique parfois appelée « doctor shopping » ou « polyprescription »).
20	Effet recherché	21 Positif : Produit pris pour son effet propre, sans référence à un autre
		22 Correcteur / Substitutif : Produit pris pour améliorer les signes désagréables d'un autre produit / Produit pris pour remplacer les effets d'un autre
23	Prise concomitante d'alcool	Si recherche d'un effet spécifique en associant l'alcool à ce produit, systématiquement ou non.
24	Modalités d'usage	Les définitions de l'abus et de la dépendance retenues pour OPPIDUM figurent page suivante.

Annexe : Définitions de l'abus et de la dépendance retenues dans le cadre du programme

L'item « modalités d'usage » consiste à déterminer dans quel cadre chacune des substances psychoactives signalées (hors TSO sous protocole) est consommée : usage simple, abus ou dépendance (un seul choix possible).

Pour ces deux derniers termes, nous avons respectivement retenu les définitions du Code de la Santé Publique et de la classification DSM IV-TR :

■ Abus

Utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs substances psychoactives, ayant des conséquences préjudiciables à la santé physique ou psychique

(Source : Code de la Santé Publique, article R5132-97).

■ Dépendance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance clinique significative caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Tolérance définie par un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus forte de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (...).
 - b. La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les syndromes de sevrage.
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple fumer sans discontinuer) ou à récupérer de ses effets.
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite des boissons alcoolisées bien que le sujet connaisse l'aggravation d'un ulcère).

(Source : DSM IV-TR)

[Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition révisée].

	<p>programme OPPIDUM, enquête n°28 (octobre 2016) : fiche de renseignement des centres d'enquête</p>
---	--

Nom du centre d'enquête	
Nom :	Sigle :
Adresse :	
.....	
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ville :
Téléphone :	Télocopie : E-mail :

Type de centre (un seul choix)		
<input type="checkbox"/> CSAPA en ambulatoire	<input type="checkbox"/> Unité de consultation	<input type="checkbox"/> Ecoute téléphonique
<input type="checkbox"/> CSAPA en hébergement collectif	<input type="checkbox"/> Unité d'accueil des urgences	<input type="checkbox"/> CAARUD ou autre centre bas seuil
<input type="checkbox"/> Unité d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Equipe de liaison	
<input type="checkbox"/> Unité en milieu carcéral (UCSA, CSAPA, SMPR, ...) ⇒ Préciser :		
<input type="checkbox"/> Autre type de centre. ⇒ Préciser :		

Programmes de substitution	
<input type="checkbox"/> Méthadone	<input type="checkbox"/> Buprénorphine haut-dosage
<input type="checkbox"/> Autre. ⇒ Préciser :	

Renseignements concernant l'enquête	
Estimation du nombre de patients pris en charge par votre structure durant les 4 semaines de l'enquête : <input type="text"/>	
Les consignes d'OPPIDUM sont-elles suffisamment claires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les objectifs et consignes d'OPPIDUM sont-elles diffusées aux enquêteurs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les fiches sont-elles vérifiées avant leur envoi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Remarques	
Existe-t-il des difficultés pour remplir les fiches OPPIDUM ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI : lesquelles ?	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

RESUME

L'enquête OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse), est une étude nationale, annuelle et anonyme organisée par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et autres produits de santé). Ce sont les centres d'addictovigilance (CEIP, Centre d'Evaluation et d'information sur la pharmacodépendance) français qui organisent chaque année cette enquête auprès des structures spécialisées dans la prise en charge des addictions de leur propre région.

Cette étude concerne donc les patients présentant un abus ou une pharmacodépendance à une substance psychoactive (sauf tabac et alcool) et/ou consommant un médicament de substitution aux opiacés, ce qui permet d'établir un état des lieux de la consommation de substances psychoactives sur l'ensemble du territoire français.

Dans cet ouvrage, nous avons pu nous focaliser sur la région Poitou-Charentes au cours des années 2015 et 2016, en nous appuyant sur les données des enquêtes OPPIDUM de la région au cours de ces deux années.

Nous avons ainsi pu décrire le profil et les données socio-économiques des sujets inclus dans l'étude, ainsi que leurs habitudes de consommation. Il en ressort que les principales substances psychoactives consommées sont le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, que la part des médicaments parmi les substances psychoactives consommées est en augmentation avec en tête les médicaments de substitution aux opiacés, les benzodiazépines et les analgésiques opioïdes forts. La part des sujets sous protocole de substitution aux opiacés a également augmenté, la majorité des patients étant sous méthadone. Enfin, aucune consommation de NPS (nouveaux produits de synthèse) n'a été décrite dans la région.

La prise en charge des patients dépendant à une substance psychoactive est complexe, elle fait appel à tout un réseau de professionnels de santé dont font partie les pharmaciens.

Mots-clés: OPPIDUM - substances psychoactives – traitement de substitutions aux opiacés – addiction

SERMENT DE GALIEN

~~~~

Je jure, en présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples :

**D'**honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

**D'**exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

**De** ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

**En** aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

**Que** les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.