



Université de POITIERS

U.F.R Santé

ANNÉE 2024

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 8 avril 2013)

présentée et soutenue publiquement
le 29 octobre 2024 à POITIERS
par Madame THIBAUT Delphine

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

**État des lieux de la consommation de substances psychoactives dans l'ex-
Poitou-Charentes et l'ex-Limousin en 2022**

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur RAGOT Stéphanie

Membres : Madame PAIN Stéphanie, Docteur en pharmacie, Professeur de toxicologie,
Praticien Attaché CHU de Poitiers
Madame BONNEAU Stéphanie, Docteur en pharmacie

Directeur de thèse : Madame PAIN Stéphanie, Docteur en pharmacie, Professeur de
toxicologie, Praticien Attaché CHU de Poitiers



Université de POITIERS

U.F.R Santé

ANNÉE 2024

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 8 avril 2013)

présentée et soutenue publiquement
le 29 octobre 2024 à POITIERS
par Madame THIBAUT Delphine

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

**État des lieux de la consommation de substances psychoactives dans l'ex-
Poitou-Charentes et l'ex-Limousin en 2022**

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur RAGOT Stéphanie

Membres : Madame PAIN Stéphanie, Docteur en pharmacie, Professeur de toxicologie,
Praticien Attaché CHU de Poitiers
Madame BONNEAU Stéphanie, Docteur en pharmacie

Directeur de thèse : Madame PAIN Stéphanie, Docteur en pharmacie, Professeur de
toxicologie, Praticien Attaché CHU de Poitiers



LISTE DES ENSEIGNANTS
Année universitaire 2024 – 2025

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Johann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique
- VENISSE Nicolas, chimie analytique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur du département de pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- CAMBIEN Guillaume, santé publique, épidémiologie
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- ARANZANA CLIMENT Vincent, pharmacologie
- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – Référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

Enseignants contractuels en pratique officinale et soins primaires – DEUST PTP

- CHASSERIAU Jacques, pharmacien
- VALET Maud, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- AUPY Thomas, toxicologie

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie (08/2029)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

CENTRE DE FORMATION
UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE
(C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- PERDRISOT Rémy, département de médecine
- RIOUX-BILAN Agnès, département de pharmacie

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci aux membres du jury.

Merci à Madame **Stéphanie RAGOT** de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury.

Merci à Madame **Stéphanie PAIN** d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Votre bienveillance et vos conseils ont été précieux au cours la rédaction de ma thèse.

Merci à **Stéphanie BONNEAU** de s'être rendue disponible pour moi aujourd'hui. Merci d'avoir contribué à faire de moi la pharmacienne que je suis, en m'offrant tes conseils et en m'accompagnant tout au long de mes études.

Merci à toute l'équipe de la **Pharmacie de Châtillon-sur-Thouet** de m'avoir accueilli il y a maintenant cinq ans. Je vous remercie pour votre bienveillance, votre soutien, votre bonne humeur, vos nombreux conseils et pour la pédagogie dont vous avez fait preuve. C'est toujours un plaisir de revenir travailler parmi vous.

Merci à vous, **Papa et Maman**, pour votre soutien sans faille tout au long de mes études. Merci d'avoir tout fait pour rendre ces six années plus faciles, de m'avoir encouragée dans les moments difficiles, merci pour votre amour inconditionnel et merci d'être toujours là pour moi. Je vous aime.

Merci à mes frères, **Lucas** et **Raphaël**. Je sais que je peux toujours compter sur vous, donc merci pour ça. El trio.

Merci à mes amies **Agnès, Caro** et **Laura** d'avoir partagé ces années d'études avec moi. Tous nos souvenirs sont incroyables et je suis très heureuse d'avoir grandi à vos côtés.

Merci aussi à vous, **Anouchka** et **Camille**, pour votre soutien, votre oreille attentive et tous ces rires qui ont embelli ces années d'études.

Merci à toi, **Léo**, d'avoir toujours été présent pour moi, et de m'avoir épaulé pendant ces six dernières années.

Pour finir, je tiens à remercier tous mes proches qui sont présents aujourd'hui, ou qui n'ont pas pu l'être, mais qui m'ont apporté leur soutien tout au long de mes études, et leur amour depuis toujours.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	7
LISTE DES TABLEAUX.....	9
LISTE DES FIGURES.....	9
INTRODUCTION	11
I. L'ADDICTOVIGILANCE EN FRANCE [1].....	12
A. LE RÔLE DE L'ADDICTOVIGILANCE	12
B. LES MISSIONS DES CEIP	12
C. LES PROGRAMMES DE SURVEILLANCE MENÉS PAR LES CEIP	13
II. L'ENQUÊTE OPPIDUM	14
A. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE OPPIDUM [1]	14
B. LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE	14
C. LES STRUCTURES DE SOINS SPÉCIALISÉS	15
1. CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : [5]	15
2. CJC (Consultation Jeunes Consommateurs) :	15
3. CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de Risques pour les Usagers de Drogues) :	16
4. LES UNITÉS HOSPITALIÈRES D'ADDICTOLOGIE [10]	16
5. LES UNITÉS DE SOINS EN MILIEU CARCÉRAL [11]	16
D. LA POPULATION CONCERNÉE	17
E. LES INFORMATIONS RECUEILLIES	17
1. LA FICHE « PATIENT »	17
2. LA FICHE « TSO SOUS PROTOCOLE »	18
3. LA FICHE « PRODUIT »	18
III. LES PRINCIPALES SUBSTANCES CONCERNÉES PAR L'ENQUÊTE OPPIDUM	19
A. LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	19
1. LES PRINCIPALES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ILLICITES.....	19
2. LES PRINCIPALES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES	32
B. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS [42]	40
1. LES ADDICTIONS	41
2. PRÉSENTATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS.....	42

IV. ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE OPPIDUM DE 2022 EN EX-POITOU- CHARENTES ET EX-LIMOUSIN	56
A. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PATIENTS	56
1. ÂGE DES PATIENTS.....	56
2. SEXE DES PATIENTS.....	57
3. NIVEAU D'ÉTUDE DES PATIENTS.....	58
4. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES PATIENTS.....	58
5. REVENUS DES PATIENTS	59
6. LOGEMENT DES PATIENTS.....	60
7. VIE DE FAMILLE DES PATIENTS	60
B. DESCRIPTION DES CONSOMMATIONS ET DES CONDUITES ASSOCIÉES	61
1. NOMBRE DE PRODUITS CONSOMMÉS PAR PERSONNE	61
2. PREMIER PRODUIT PSYCHOTROPE CONSOMMÉ.....	61
3. PREMIER PRODUIT PSYCHOTROPE AYANT ENTRAÎNÉ UNE DÉPENDANCE.....	62
4. VOIES D'ADMINISTRATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	63
5. CONSOMMATION TABAGIQUE ET DÉPENDANCE ALCOOLIQUE.....	66
6. CONNAISSANCE ET ACCÈS À LA NALOXONE	67
C. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ILLICITES	68
1. CONSOMMATION DE CANNABIS.....	69
2. CONSOMMATION DE COCAÏNE	70
3. CONSOMMATION D'HÉROÏNE.....	71
4. CONSOMMATION DE PRODUITS DE SYNTHÈSE.....	72
D. CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS.....	73
1. GÉNÉRALITÉS	73
2. CONSOMMATION DE MÉTHADONE	75
3. CONSOMMATION DE BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE	76
4. CONSOMMATION DE SUBOXONE®	77
E. ÉVALUATION DE L'ABUS ET DE LA DÉPENDANCE DES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS ET LEURS MODES D'OBTENTION	78
1. LES BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS.....	79
2. LES MÉDICAMENTS OPIOÏDES (HORS MSO)	82
3. AUTRES SIGNAUX	85
CONCLUSION	86
ANNEXES	88
BIBLIOGRAPHIE	93
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS.....	99

LISTE DES ABRÉVIATIONS

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous :

3-CMC : 3-chlorométhcathinone

3-MMC : 3-méthylméthcathinone

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ASOS : Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées

AVC : Accident Vasculo-Cérébral

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

BZD : Benzodiazépine

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de Risques pour les Usagers de Drogues

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

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

CIM-11 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé

CJC : Consultation Jeunes Consommateurs

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

CYP450 : Cytochrome P450

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

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECAB : Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines

ELSA : Équipe de Liaison et des Soins en Addictologie

GABA : Acide Gamma-aminobutyrique

GBL : Gamma-butyrolactone

GHB : Gamma-hydroxybutyrate

IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de Sérotonine

IV : Intraveineux

LP : Libération Prolongée

LSD : Diéthylamide de l'acide Lysergique

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

n : nombre de sujet

NotS : Notification Spontanée

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

OSIAP : Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible

SC : Soumission Chimique

SMPR : Services Médico-Psychologiques Régionaux

SPA : Substances Psychoactives

THC : Delta-9-tétrahydrocannabinol

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UCSA : Unité de Consultations de Soins Ambulatoires

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de consommation des TSO sous protocole en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022.....	74
Tableau 2 : Indicateurs de détournement d'usage des Benzodiazépines en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022.....	81
Tableau 3 : Indicateurs de détournement d'usage des antalgiques opioïdes en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022.....	84

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des sujets par classes d'âge (Enquête CEIP Poitiers 2022).....	57
Figure 2 : Répartition des sujets par sexe.....	57
Figure 3 : Répartition des sujets selon le niveau d'étude atteint (Enquête CEIP Poitiers 2022).....	58
Figure 4 : Sujets ayant une activité professionnelle.....	59
Figure 5 : Répartition des sujets selon leurs revenus.....	59
Figure 6 : Sujets ayant un logement stable.....	60
Figure 7 : Sujets ayant une vie de famille.....	60
Figure 8 : Répartition des sujets selon le nombre de substances psychoactives consommées (Enquête CEIP Poitiers 2022).....	61
Figure 9 : Principales substances psychoactives consommées au cours de la première expérimentation.....	62
Figure 10 : Principales substances psychoactives à l'origine d'une dépendance.....	63
Figure 11 : Voies d'administration des substances psychoactives.....	64
Figure 12 : Répartition des substances psychoactives consommées par voie IV (Enquête CEIP Poitiers 2022).....	64

Figure 13 : Répartition des substances psychoactives consommées par voie nasale (Enquête CEIP Poitiers 2022).....	65
Figure 14 : Répartition des substances psychoactives consommées par voie inhalée (Enquête CEIP Poitiers 2022).....	66
Figure 15 : Répartition des sujets selon le nombre de cigarettes fumées par jour (Enquête CEIP Poitiers 2022).....	67
Figure 16 : Connaissance et accès à la Naloxone.....	68
Figure 17 : Substances illicites consommées en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022	69
Figure 18 : Description de la consommation de cannabis (Enquête CEIP Poitiers 2022) ..	69
Figure 19 : Description de la consommation de cocaïne (Enquête CEIP Poitiers 2022)	70
Figure 20 : Description de la consommation d'héroïne (Enquête CEIP Poitiers 2022)	71
Figure 21 : Répartition des sujets selon le TSO consommé.....	73
Figure 22 : Évolution de la consommation de Méthadone (gélule et sirop) entre 2020 et 2022 (Enquête CEIP Poitiers 2022)	75
Figure 23 : Répartition des sujets selon la spécialité de Buprénorphine haut dosage consommée (Enquête CEIP Poitiers 2022)	76
Figure 24 : Abus et dépendance des médicaments psychoactifs (Enquête CEIP Poitiers 2022)	78
Figure 25 : Répartition des sujets selon la spécialité de BZD consommée (Enquête CEIP Poitiers 2022)	80
Figure 26 : Répartition des sujets selon la spécialité d'antalgique opioïde consommée (Enquête CEIP Poitiers 2022)	83

INTRODUCTION

Depuis 1995, chaque année en France métropolitaine, se déroule l'enquête OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). OPPIDUM est une enquête pharmaco-épidémiologique, transversale, nationale et annuelle. Elle s'étend sur une période de 4 semaines au mois d'octobre, durant laquelle les différentes structures de soins spécialisés en addictologie recueillent de manière anonyme des informations sur leurs patients pharmacodépendants (données socio-démographiques, conduites addictives, éventuelle consommation de traitement de substitution aux opiacés, substances psychoactives consommées).

OPPIDUM permet donc d'établir un suivi annuel des modalités de consommation des substances psychoactives (licites ou illicites), de décrire leurs usagers et de constater les éventuelles émergences de nouvelles substances. Les résultats de cette enquête sont colligés par les centres d'addictovigilance au niveau local, qui les transmettent ensuite à l'ANSM afin d'évaluer les éventuels mésusages, et ainsi de mettre en place des mesures de réduction des risques.

Cette thèse a pour but d'établir un état des lieux de la consommation de substances psychoactives par des patients suivis en centre d'addictologie, en 2022, en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin, via l'enquête OPPIDUM menée par le CEIP de Poitiers. Dans un premier temps, nous décrirons le rôle de l'addictovigilance en France, ses principaux acteurs et les différents programmes de surveillance développés dans le cadre de l'addictovigilance. Puis, nous présenterons l'enquête OPPIDUM, ses objectifs et les informations recherchées. Ensuite, nous détaillerons les principales substances retrouvées au sein de l'enquête OPPIDUM. Pour finir, nous analyserons les données recueillies au cours de l'enquête menée par le CEIP de Poitiers en 2022, que nous comparerons avec les années précédentes et les résultats nationaux de 2022 pour avoir une vision d'ensemble des données obtenues.

I. L'ADDICTOVIGILANCE EN FRANCE [1]

A. LE RÔLE DE L'ADDICTOVIGILANCE

L'addictovigilance est un réseau créé en 1990, ayant pour rôle de surveiller, évaluer, prévenir et gérer le risque pour les cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné liés à la consommation de toute substance ayant un effet psychoactif. L'abus correspond à l'utilisation excessive et volontaire de substances, ayant des conséquences préjudiciables à la santé physique ou psychique. [2] La dépendance est une perte de contrôle progressive qui oriente la majorité de la vie du sujet autour de la recherche et de la consommation du produit, au détriment du reste de sa vie professionnelle, sociale et personnelle. [3] Enfin, un usage détourné correspond à l'utilisation d'un médicament à des fins récréatives, frauduleuses ou lucratives, délictuelles ou criminelles. [4] Les substances psychoactives peuvent être : un produit illicite (interdit et réprimé par le code pénal), un médicament (substance licite souvent détournée et prise en automédication) ou un produit licite (qu'on peut vendre, acheter ou consommer librement bien que son usage soit réglementé).

Le réseau d'addictovigilance est réparti en 13 centres régionaux couvrant l'ensemble du pays : Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers et Toulouse. Ce sont les CEIP (Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance). Chaque centre travaille en relation avec les médecins, les toxicologues analystes, les pharmaciens et les centres spécialisés (CSAPA, CAARUD...) de sa zone géographique.

Grâce à l'addictovigilance, une enquête nationale spécifique peut être conduite à la demande de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) afin de préciser l'ampleur et l'évolution du phénomène ainsi que son impact en termes de santé publique.

B. LES MISSIONS DES CEIP

Les missions des centres d'addictovigilance sont multiples :

- Recueil et évaluation des cas de pharmacodépendance, abus et usage détourné de substances psychoactives ;

- Évaluation du potentiel d'abus, de dépendance et d'usage détourné des médicaments et des substances non-médicamenteuses ;
- Identification des risques pour la santé publique ;
- Surveillance et encadrement des conditions d'utilisation des médicaments psychoactifs ;
- Classement des produits psychoactifs sur la liste des stupéfiants et psychotropes ;
- Recherche sur la pharmacodépendance ;
- Expertise et conseil auprès du ministère de la Santé ;
- Information et prévention sur les pharmacodépendances ;
- Diffusion d'alertes en s'appuyant sur les différents réseaux et les partenaires.

C. LES PROGRAMMES DE SURVEILLANCE MENÉS PAR LES CEIP

Les CEIP mettent régulièrement en œuvre des programmes d'observation leur permettant de recueillir de nombreuses données utiles pour mener à bien leurs missions.

Voici quelques programmes d'observation mis en place par les CEIP :

- NotS (Notifications Spontanées) : elles doivent être déclarées par les professionnels de santé lorsqu'ils rencontrent des cas d'abus et de pharmacodépendance graves. Le professionnel de santé doit inscrire sur la déclaration toutes les informations utiles sur le patient et sur le produit en cause. Les notifications spontanées se font tout au long de l'année. Elles peuvent aussi être réalisées directement par le patient lui-même.
- OSIAP (Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible) : le recueil se fait sur deux périodes d'un mois, en mai et en novembre. Durant cette période, les pharmaciens d'officine sont amenés à déclarer toutes les ordonnances suspectes qu'ils rencontrent, en inscrivant sur un bordereau les informations démographiques du demandeur, les informations sur le médicament et les critères de suspicion.
- ASOS (Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées) : chaque année, un tirage au sort de 500 officines est effectué. Durant une semaine, les pharmaciens tirés au sort doivent remplir un questionnaire pour chaque ordonnance d'antalgiques stupéfiants qu'ils délivrent. Le but étant de décrire la population traitée par ce type de médicaments, les modalités de prescription et le respect des règles de prescription.
- DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances) : les acteurs de cette enquête sont les experts toxicologues analystes requis par les autorités

judiciaires dans le cadre d'une recherche des causes de la mort. Ils doivent remplir une fiche anonyme, en faisant figurer les caractéristiques du sujet décédé, le stade de l'abus au moment du décès, l'identification et la quantification des substances retrouvées dans les prélèvements biologiques.

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

II. L'ENQUÊTE OPPIDUM

A. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE OPPIDUM [1]

OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est une enquête pharmaco-épidémiologique, transversale, nationale et annuelle. L'enquête est mise en place par l'ANSM et organisée au niveau régional par les CEIP depuis 1995. C'est le centre d'addictovigilance de Marseille qui est responsable du programme. L'enquête a lieu chaque année en octobre, sur une période de 4 semaines, dans toute la France métropolitaine. OPPIDUM est un dispositif de pharmacosurveillance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives. Il consiste à recueillir, dans les structures de soins spécialisés, des informations concernant les dépendances aux substances psychoactives.

B. LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Les objectifs du dispositif OPPIDUM sont de : [1]

- Mieux expliquer le phénomène complexe de l'abus ;
- Apporter des données actuelles et spécifiques sur les modalités de consommation des substances psychoactives ;
- Décrire les usagers de TSO (Traitements de Substitution aux Opiacés) ;
- Contribuer à l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des substances psychoactives ;
- Décrire les consommations de produits dans les populations spécifiques, comme dans les CAARUD ou en milieu carcéral ;
- Mettre en évidence des signaux (disparité régionale par exemple).

Toutes les données récoltées permettent d'actualiser les connaissances sur les modalités de consommation des substances psychoactives. Ces données deviennent, par la suite, une source d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de santé.

C. LES STRUCTURES DE SOINS SPÉCIALISÉS

Pour la réalisation du programme OPPIDUM, les CEIP vont solliciter les structures de soins spécialisés de leur zone géographique pour réaliser le recueil des informations.

1. CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : [5]

Les CSAPA sont un lieu d'accueil et de soutien essentiel aux personnes confrontées à des problèmes de consommation à risque, d'usage nocif ou de dépendance aux substances psychoactives. Ils s'engagent à fournir une prise en charge globale, qu'elle soit médicale, psychologique ou sociale. Ils visent à prévenir les problèmes liés à l'addiction et à promouvoir la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives. Enfin, ils sont une source d'aide pour accompagner les patients dans la mise en place d'un protocole de substitution ou encore pour favoriser leur réinsertion sociale.

2. CJC (Consultation Jeunes Consommateurs) :

Les CJC sont destinées à accueillir gratuitement et de manière confidentielle les jeunes consommateurs qui s'interrogent sur leur consommation de substances psychoactives, ainsi que leur entourage. On peut les retrouver au sein des CSAPA ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes. [6] Ces consultations servent de lieu d'écoute, d'information, de soutien et d'évaluation des consommations du jeune. Les professionnels qui interviennent dans ces consultations sont des médecins, des psychologues, des éducateurs ou des infirmiers. [7]

3. CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de Risques pour les Usagers de Drogues) :

Créés en 2005, les CAARUD sont des centres s'adressant aux personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin, mais qui sont exposées à des risques majeurs de contamination et d'infection (hépatite C ou VIH par exemple) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. [8] Les professionnels travaillant au sein des CAARUD sont le plus souvent des infirmiers et des éducateurs. Leur mission consiste à prodiguer des soins de base, délivrer des conseils visant à réduire les risques ainsi que distribuer du matériel de prévention des infections (seringues stériles, préservatifs...). Ils délivrent aussi des kits anti-overdose à base de Naloxone pour les consommateurs d'opioïdes ou leur entourage. Enfin, certains CAARUD effectuent des dépistages, des analyses de substance et permettent un accès facilité à un TSO. [9]

4. LES UNITÉS HOSPITALIÈRES D'ADDICTOLOGIE [10]

Situées dans des structures hospitalières, ces unités permettent une prise en charge ambulatoire des patients en difficulté vis-à-vis de leurs consommations de substances psychoactives. Les unités hospitalières d'addictologie proposent un suivi pluridisciplinaire plus ou moins similaire à ce que l'on peut retrouver en CSAPA, c'est-à-dire une prise en charge allant de l'évaluation initiale du cas du patient à la réhabilitation complète. Ces unités jouent également un rôle dans la gestion des symptômes du sevrage, en offrant dans certains cas, la possibilité d'un accueil en soin résidentiel.

5. LES UNITÉS DE SOINS EN MILIEU CARCÉRAL [11]

Les unités de soins en milieu carcéral comprennent les UCSA (Unités de Consultations de Soins Ambulatoires) qui sont mises en place dans chaque établissement pénitentiaire et assurent les soins médicaux et psychiatriques courants, ou encore les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) spécialisés dans les soins psychiatriques, et qui eux sont rattachés à un établissement de santé. Ces unités assurent les soins spécifiques aux toxicomanes avec la possibilité de poursuite ou de mise en place d'un traitement de substitution.

D. LA POPULATION CONCERNÉE

Les structures de soins spécialisés vont soumettre le questionnaire OPPIDUM à tous les patients se présentant durant la période de l'enquête, sous certaines conditions :

- Le sujet doit présenter une pharmacodépendance ou un abus à une substance psychoactive ;
- Le sujet est traité ou non par TSO.

Ne sont pas concernés les sujets présentant un abus ou une dépendance au tabac et/ou à l'alcool exclusivement (c'est-à-dire sans abus ou dépendance à une autre substance psychoactive) et les sujets qui ne consomment des produits psychoactifs que dans le cadre d'un usage simple (sauf en cas de consommation de TSO). (Annexe 1)

E. LES INFORMATIONS RECUEILLIES

Le questionnaire est composé de trois parties : une fiche « patient », une fiche « TSO sous protocole » et autant de fiches « produit » que de substances consommées au cours de la semaine précédant l'enquête. Au terme des quatre semaines d'enquête, les structures de soins spécialisés envoient les questionnaires remplis à leur CEIP régional. Ces derniers les transmettent par la suite au centre de Marseille qui analysera les données recueillies. (Annexe 1)

1. LA FICHE « PATIENT »

La fiche « patient » s'intéresse aux caractéristiques du patient lui-même.

La première partie permet de récolter les données socio-démographiques du sujet. Le questionnaire est anonyme, mais le patient est tout de même interrogé sur son âge, son sexe et s'il vit en couple et/ou a des enfants à charge. Par la suite, les renseignements demandés englobent le niveau d'étude, la situation professionnelle, le logement et le revenu (qu'il soit licite ou non, ou versé par un tiers).

La deuxième partie concerne les conduites addictives du patient. Sont recherchées les dépendances alcooliques et/ou tabagiques et la connaissance de l'existence des kits de

naloxone. Enfin, on distinguera le premier produit psychotrope consommé du premier produit psychotrope ayant entraîné une dépendance.

2. LA FICHE « TSO SOUS PROTOCOLE »

Cette partie ne doit être remplie que si le patient est inscrit dans un protocole médical, c'est-à-dire pris en charge de manière globale et continue par un médecin, avec prescription de TSO. Si le patient consomme un TSO en dehors d'un protocole (obtention par deal), cette consommation devra être décrite dans une fiche « produit ».

3. LA FICHE « PRODUIT »

Il faut remplir autant de fiches « produit » que de substances psychoactives consommées par le sujet au cours de la semaine précédant l'enquête, y compris :

- Celles arrêtées depuis, mais consommées pour la dernière fois dans les sept derniers jours ;
- Celles consommées occasionnellement ;
- Celles consommées dans le cadre d'un usage simple ;
- Celles pour lesquelles un sevrage est en cours, mais toujours consommées.

Les consommations de tabac ou d'alcool, les médicaments prescrits le jour même et les substances psychoactives pour lesquelles le sujet est effectivement sevré ne sont pas concernées.

Pour chaque produit, sont renseignés : le nom exact du produit consommé, la date de début de consommation, le mode d'obtention et de consommation, la voie d'administration, la quantité consommée, la fréquence de consommation, l'effet recherché et la présence de signes de sevrage à l'arrêt.

III. LES PRINCIPALES SUBSTANCES CONCERNÉES PAR L'ENQUÊTE OPPIDUM

A. LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), est considérée comme substance psychoactive toute substance qui, en raison de sa nature chimique, perturbe le fonctionnement du système nerveux central (perceptions, sensations, humeurs, sentiments et motricité) ou qui modifie l'état de conscience. [12]

1. LES PRINCIPALES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ILLICITES

a) *Cannabis*

(1) Généralités

Le cannabis, de son nom latin *Cannabis sativa*, est une plante de la famille des Cannabacées, largement utilisée dans le domaine industriel, dans le domaine de la santé, mais également dans le cadre récréatif. [13] En effet, selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives), en France en 2022, on a compté parmi les 11-75 ans, 18 millions d'expérimentateurs, dont 5 millions d'usagers dans l'année, 1,3 million d'usagers réguliers et 850 000 usagers quotidiens. [14] Est considérée comme expérimentatrice une personne réalisant au moins une consommation de cannabis au cours de sa vie. Un usager dans l'année consomme au moins une fois au cours de l'année et un usager régulier consomme du cannabis au moins dix fois au cours du mois ou au moins trois fois dans la semaine.

(2) Composition [13]

La plante est composée de plus de 750 composés chimiques. Les principaux sont les cannabinoïdes. Ils sont principalement présents dans la résine de la plante et sont intéressants pour leurs effets thérapeutiques, mais ont également une fonction de défense contre les agressions extérieures (barrière contre la perte d'eau, action antibactérienne et antifongique).

Le THC (delta-9-tétrahydrocannabinol) est le cannabinoïde responsable des effets psychoactifs du cannabis. C'est un agoniste partiel des récepteurs CB1, principalement présents

dans le cerveau et des récepteurs CB2 qui sont eux majoritairement présents dans les cellules immunitaires. Ainsi, l'activation des récepteurs CB1, retrouvés dans les régions sensorielles et motrices du cerveau, va jouer un rôle au niveau de la motricité, des émotions, de la mémorisation et de la cognition, mais aussi au niveau de la douleur. En ce qui concerne les récepteurs CB2, ils vont jouer un rôle dans la régulation du système immunitaire et l'inflammation.

Les effets du THC sont donc les suivants :

- Relaxation musculaire et antispasmodique ;
- Immunomodulation (anti-cancéreux) et effet anti-inflammatoire ;
- Stimulation de l'appétit, diminution des nausées et vomissements ;
- Analgésique pour les douleurs neuropathiques et les douleurs liées aux cancers ;
- Effets cognitifs et anxiété.

La teneur en THC dépend des produits consommés. En effet, en 2022, elle est estimée à 30 % pour la résine et 14 % pour l'herbe. Cette teneur est d'ailleurs en constante augmentation puisqu'en 10 ans, elle a doublé pour la résine (passant de 12,3 % à 30 %) et a augmenté de 34 % pour l'herbe (passant de 10,4 % à 14 %) selon l'OFDT. [15]

(3) Modalités d'usage

Le cannabis est consommé sous plusieurs formes : [13]

- La plante séchée, également appelée « marijuana » ou « beuh ». C'est un mélange de feuilles, tiges et sommités fleuries.
- La résine, aussi appelée « haschich » ou « shit ». Elle est issue des fleurs femelles non fertilisées. Les fleurs sont séchées et tamisées, la résine est ainsi récupérée et pressée jusqu'à l'obtention de plaquettes dures.
- L'huile, obtenue par extraction. Les feuilles sont mises en contact avec un solvant, le tout est filtré et le solvant est évaporé pour obtenir l'huile.

Diverses voies et techniques de consommation sont utilisées : [15]

- La voie pulmonaire (pour l'herbe et la résine) : la drogue est généralement mélangée à du tabac et le tout est roulé sous forme de « joint ». On va aussi retrouver le cannabis dans des dispositifs tels que la « chicha » qui est une pipe à eau chauffée

avec du charbon. Enfin, le cannabis peut être consommé en vapotage via une cigarette électronique.

- La voie orale : le cannabis est incorporé dans des préparations alimentaires type « space cake » ou bu en infusion.

(4) Effets recherchés par le consommateur

Si le cannabis est autant apprécié de ses consommateurs, c'est pour ses nombreux effets psychotropes. Ces derniers apparaissent relativement rapidement après la consommation. Lorsque le cannabis est fumé, les premiers effets apparaissent dans les 15 à 20 minutes qui suivent l'inhalation et durent entre 2 et 4 heures. En revanche, lorsque le cannabis est ingéré, les premiers effets arrivent ½ heure à 2 heures après la consommation, mais la durée d'action est plus longue puisqu'elle peut aller jusqu'à 4 à 6 heures. [16]

Les effets recherchés par le consommateur sont une euphorie plutôt modérée, un sentiment de bien-être et de détente, une certaine désinhibition et une sensation de « planer ». On retrouvera également une modification de la perception sensorielle (visuelle, auditive, tactile, gustative) et une modification de la perception du temps. [13], [15], [16]

(5) Effets indésirables

Il peut arriver que le consommateur, qu'il soit régulier ou occasionnel, rencontre des effets qui vont rendre l'expérience désagréable. On parle de montée d'angoisse, de crise de panique, de bouffées délirantes, de tremblements, de sueurs froides, de nausées et vomissements ou encore de difficultés à respirer. C'est ce que l'on appelle un « bad trip ». C'est une intoxication aiguë au cannabis, pouvant être provoquée par la consommation d'un produit très concentré en THC, par l'association du cannabis à de l'alcool, par un état de fatigue ou encore lors d'une première consommation. [17]

Autres effets indésirables retrouvés, des effets cognitifs tels que des troubles de l'attention, une amnésie à court terme, un allongement du temps de réaction. L'apparition d'une mydriase, d'une irritation oculaire provoquant des yeux rouges et d'une sécheresse buccale peuvent aussi s'observer après la consommation de cannabis. [15]

(6) Effets à long terme [13]

Lors d'une prise au long terme, le cannabis peut également être à l'origine d'effets nocifs.

Le premier étant la tolérance à la substance. La tolérance est un phénomène qui conduit à augmenter les doses pour obtenir des effets d'amplitude similaires. L'organisme aura la capacité de supporter sans réaction l'administration d'une dose usuelle de cannabis et l'utilisateur sera obligé d'augmenter sa consommation pour retrouver des effets similaires à sa première prise.

Sur le plan physique, les répercussions se font au niveau du système cardio-vasculaire avec l'apparition d'une bradycardie et d'une hypotension, et au niveau du système bronchopulmonaire (pour le cannabis fumé) avec bronchite et laryngite chroniques causées par l'inflammation. Bien entendu, le risque de développer des cancers, en particulier de la voie aérodigestive (pour le cannabis fumé), est augmenté à cause de la fumée mutagène et cancérigène (due à la présence de goudrons entre autres).

Sur le plan cognitif, on verra apparaître un déficit de la mémoire à court terme, des troubles de l'attention et de la concentration. Ces effets persistent à l'âge adulte, en particulier chez les sujets ayant commencé leur consommation de cannabis avant 16 ans. On retrouvera également des comorbidités psychiatriques, plus ou moins importantes selon les prédispositions, l'environnement, l'âge, etc. Cela se traduit par des troubles psychotiques et dépressifs, des troubles anxieux et de l'humeur ou encore un syndrome amotivationnel (passivité, apathie, retrait social). Chez les sujets présentant une prédisposition, le risque de voir apparaître des troubles schizophréniques est augmenté.

Enfin, il y a un risque de développer une dépendance au cannabis. Ce n'est pas la drogue présentant le plus de risque à ce niveau-là, mais il faut savoir que ce risque existe. Il y a deux types de dépendance : la dépendance physique et la dépendance psychique. La dépendance physique est un besoin de la substance, entraînant l'apparition de signes cliniques graves lors du sevrage (sentiment de mal-être, irritabilité, troubles du sommeil, sueurs froides, transpiration excessive, migraines). La dépendance psychique, quant à elle, est un désir de réitérer la prise de la substance. On parle de « craving » qui est un besoin irrépressible de consommation. Un usager ayant une dépendance psychique seulement n'aura pas de symptômes physiques lors du sevrage.

(7) Statut légal

Le cannabis est un produit classé stupéfiant. Son usage est interdit, en effet, l'article L3421-1 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (pouvant aller jusqu'à 3 750 €) et des peines de prison (jusqu'à 1 an). Il est également interdit d'inciter à l'usage et au trafic et de présenter le produit sous un jour favorable. L'article L3432-4 du Code de la Santé Publique prévoit des amendes (jusqu'à 75 000 €) et des peines de prison (jusqu'à 5 ans). Enfin, 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). [16]

Cependant, depuis mars 2021 en France, une expérimentation relative à l'usage médical de cannabis est en place. Cinq indications thérapeutiques entrent dans l'essai clinique :

- Douleurs neuropathiques réfractaires aux traitements accessibles ;
- Certaines formes d'épilepsie sévères et résistantes aux médicaments ;
- Certains symptômes rebelles en oncologie ;
- Certaines situations palliatives ;
- Spasticité douloureuse accompagnant certaines maladies du système nerveux central.

Cette expérimentation est toujours en cours, une évaluation des résultats sera ensuite effectuée afin de voir si l'utilisation thérapeutique pourra être étendue par la suite. [15]

b) *Cocaïne*

(1) Généralités

La cocaïne est un alcaloïde tropanique, extrait des feuilles d'*Erythroxylum coca*, un arbuste appartenant à la famille des Érythroxylacées et cultivé en Amérique du Sud. Historiquement, l'utilisation de la feuille de coca date d'il y a plus de 5 000 ans. Les habitants du Pérou et de la Bolivie mâchaient les feuilles de coca pour atténuer leur faim et leur fatigue. Aujourd'hui, la grande majorité du stock mondial de coca provient de la Colombie, principal pays producteur de cocaïne. [18] En effet, de nos jours, la feuille de coca est principalement utilisée pour fabriquer la cocaïne, une drogue très répandue dans le monde entier. Cette drogue est consommée dans des contextes très diversifiés : milieux festifs, travail, domicile, rue... [19] Selon une étude de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives),

on compte pour l'année 2022 en France, 2.1 millions d'expérimentateurs de cocaïne, dont 600 000 usagers dans l'année chez les sujets de 11 à 75 ans. [14]

La cocaïne est extraite de la plante grâce à de multiples étapes : [20]

1) Transformation de la feuille en pâte de coca (« basuco ») : séchage des feuilles de coca, extraction par un produit alcalin (carbonate de sodium ou de calcium) auquel s'ajoute un solvant organique (kérosène). Les débris de feuilles sont retirés puis ajout d'une base forte (soude) pour obtenir la pâte de coca.

2) Transformation de la pâte de coca en cocaïne base : plusieurs opérations sont réalisées sur la pâte de coca (filtrage, nettoyage et séchage à l'aide de plusieurs substances chimiques) puis traitement par le permanganate de potassium pour obtenir la cocaïne base.

3) Transformation de la cocaïne base en poudre blanche de chlorhydrate de cocaïne : la cocaïne base est dissoute dans l'acétone et pour finir, ajout d'acide chlorhydrique concentré pour induire le dépôt de chlorhydrate de cocaïne en tant que résidu solide.

(2) Modalités d'usage

La cocaïne se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche. Elle est généralement coupée par divers adjuvants : amidon de maïs, talc ou autres drogues (anesthésiques locaux, amphétamines). [18]

Cette drogue peut être consommée de différentes manières :

- Sniffée : les utilisateurs utilisent généralement une paille et inhalent la cocaïne par le nez, cette dernière est absorbée par la muqueuse nasale. C'est le mode de consommation le plus courant. [21]
- Fumée : la cocaïne ne peut normalement pas être fumée. Cependant, quand elle est mélangée avec du bicarbonate de soude ou de l'ammoniac puis chauffée, la poudre cristallise en petits cailloux que l'on appelle « crack » ou « freebase » qui, eux, sont inhalables. Les effets de la cocaïne base sont beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate. [21], [22]
- Injectée par voie intraveineuse : la poudre de cocaïne est mélangée avec de l'eau et chauffée pour permettre une meilleure dissolution. Elle peut être associée à d'autres drogues, en particulier l'héroïne. Cette association est appelée « speedball ». Le

crack peut également être injecté, il doit être dissous dans un acidifiant, la vitamine C étant le plus sécuritaire. [23]

- Ingerée : le consommateur ingère la cocaïne diluée dans une boisson ou sous forme de « parachute ». [21] La forme parachute consiste à envelopper la substance dans un papier à cigarette, ce qui induirait une libération prolongée (sauf en cas de consommation d'alcool), ou dans un papier toilette ou une serviette en papier qui seraient considérés comme des formes à libération immédiate. [24]

Entre la fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} siècle, la cocaïne a été utilisée à visée médicale pour les anesthésies locales dans le cadre d'opérations chirurgicales impliquant l'œil, l'oreille, le nez ou la gorge. De nos jours, la cocaïne a été remplacée par d'autres substances, morphiniques pour la plupart. [25]

(3) Effets recherchés par le consommateur

La cocaïne bloque la recapture de neurotransmetteurs, dont la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine. Cela provoque une sur-stimulation des neurones, ce qui fait de la cocaïne une substance fortement psychostimulante. [20]

L'intensité des effets varie selon la dose, la voie d'administration, les spécificités de l'individu et l'association à d'autres substances.

La cocaïne procure une exaltation de l'humeur et une euphorie, provoquées par la dopamine, un sentiment de toute-puissance intellectuelle (confiance en soi et hyperacuité mentale) et physique (surcroît d'énergie, diminution de la sensation de faim et de fatigue), respectivement provoqués par la sérotonine et la noradrénaline, et enfin, une diminution des inhibitions sociales et une aisance pour communiquer avec les autres. [20]

La durée des effets de la cocaïne dépend de la forme consommée : [21]

- Sniffée : la cocaïne passe dans le sang en 2 à 3 minutes, les effets durent entre 30 et 60 minutes.
- Fumée : l'effet est immédiat, cependant la durée de la phase euphorique n'est que de quelques minutes (10 à 15 minutes).
- Injectée : le passage dans le sang est immédiat, l'effet maximal est atteint en 10 minutes et dure environ 30 minutes.

- Ingérée : la cocaïne met 30 minutes pour passer dans le sang, les effets apparaissent au bout de 50 à 90 minutes et disparaissent après 1 à 2 heures.

(4) Descente et dépendance

On parle de descente lorsque les effets positifs de la cocaïne disparaissent. Le sujet perçoit une sensation de fatigue, d'abattement et une inversion d'humeur. En effet, l'état dépressif succède à la stimulation, l'anxiété et l'irritabilité remplacent la confiance en soi et l'euphorie. Cette phase prononcée et désagréable peut durer 1 à 2 jours lors d'un usage occasionnel ou d'une consommation d'une faible dose, et jusqu'à 5 jours lors d'un usage répété ou d'une consommation d'une forte dose. [21]

La descente est tellement désagréable que le sujet ressent un besoin compulsif de reprendre une nouvelle dose pour retrouver les effets de la cocaïne, mais surtout pour fuir les effets néfastes de la descente. On peut donc établir que cette dernière est responsable de l'apparition de dépendance chez le sujet cocaïnomane. La cocaïne provoque une dépendance psychique se manifestant par l'envie insoutenable de combler le manque. [20]

Pour finir, la cocaïne est également susceptible de provoquer une tolérance importante. [18]

(5) Risques [18], [21], [22]

Lors d'un usage occasionnel ou à faible dose, on peut apercevoir certains effets indésirables tels que l'insomnie liée à la perte du besoin de sommeil, une agitation, une mauvaise coordination des mouvements, un langage précipité, des sautes d'humeur, une anxiété et de nombreux effets sympathomimétiques (tachycardie, hypertension artérielle, hypersudation, hyperthermie, mydriase et convulsions).

La cocaïne provoque un rétrécissement des vaisseaux sanguins qui entraîne une mauvaise irrigation des tissus, les organes cibles étant le cœur et le cerveau. Lors d'un usage chronique, on va donc observer des effets indésirables plus ou moins liés à ce phénomène :

- Des troubles cardiovasculaires : élévation de la pression artérielle, troubles du rythme cardiaque, risques d'infarctus du myocarde ;
- Des risques neurologiques : AVC (accident vasculo-cérébral), hémorragie cérébrale, convulsions ;

- Une toxicité pulmonaire lorsque la cocaïne est fumée : toux, dyspnées, hémorragies pulmonaires ;
- Une toxicité hépatique et rénale ;
- Des troubles psychiques : idées paranoïaques, crises d'angoisse intenses, crises d'agressivité et de violence, illusions sensorielles multiples voire hallucinations olfactives et tactiles ;
- Des troubles cognitifs : troubles de l'attention, de mémoire, difficultés dans la prise de décision et dans le traitement des informations, entraînant des réactions inadaptées ;
- Une baisse de la résistance aux infections ;
- Un risque de transmission de maladies infectieuses (VIH, hépatites) si le consommateur partage son matériel ;
- Un risque de perforation de la cloison nasale pour les consommateurs par inhalation nasale ;
- Des dysfonctionnements hormonaux : règles douloureuses ou absence de règles ;
- Des troubles de l'érection.

La consommation de cocaïne présente un risque supplémentaire lorsqu'elle est associée à la prise d'alcool. En effet, les deux substances forment le cocaéthylène, une molécule particulièrement toxique pour le foie et qui va également augmenter le risque d'overdose, d'infarctus du myocarde et de mort subite. L'association de cocaïne avec l'héroïne et d'autres opiacés induit un risque important de surdose. Pour finir, il y a également une interaction entre la cocaïne et les antidépresseurs IMAO (Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase) puisque l'association peut provoquer une hypertension artérielle ou un syndrome sérotoninergique dû à un excès de sérotonine dans le système nerveux central. Le syndrome sérotoninergique peut être très grave voire mortel, il se manifeste par des contractions musculaires, des sueurs, des tremblements, une désorientation...

Enfin, la cocaïne représente un risque important de faire une surdose. Ce phénomène concerne à la fois les consommateurs débutants et les consommateurs chroniques, c'est-à-dire qu'il peut apparaître dès la première prise, et même avec une petite dose. Le risque mortel ne dépend pas uniquement de la dose et de la tolérance individuelle, mais aussi de l'association avec d'autres drogues et de la vitesse d'absorption du produit par l'organisme. Le surdosage de cocaïne se manifeste par une accélération respiratoire, des sueurs abondantes, une forte crispation des muscles, des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements. Les risques de décès par arrêt cardiaque, arrêt respiratoire ou hémorragie cérébrale existent dans les minutes

qui suivent la consommation. Selon l'enquête DRAMES de 2022, sur 638 décès, 140 sont attribués à la cocaïne. [26]

(6) Statut légal [21]

La cocaïne est une drogue classée parmi les stupéfiants. Son 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 ainsi que la présentation du produit sous un jour favorable sont interdites, elles sont punies d'amendes (jusqu'à 75 000 €) et de peines de prison (jusqu'à 5 ans) selon l'article L3421-4 du Code de la Santé Publique. Enfin, les actes de trafic sont interdits et les articles 222-34 à 222-43 du Code Pénal prévoient des amendes (jusqu'à 7 500 000 €) et des peines de prison (jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle).

c) Héroïne

(1) Généralités

L'héroïne est un opioïde hémisynthétique, fabriqué à partir de morphine, elle-même extraite du *Papaver somniferum*, une plante de la famille des Papavéracées plus connue sous le nom de pavot à opium. L'héroïne est principalement produite en Asie du Sud-est et en Amérique du Sud. [27]

Pour sa fabrication, il faut d'abord extraire le latex obtenu à partir des capsules de pavot. Ce latex est mis à sécher, puis dispersé dans une solution d'hydroxyde de calcium (chaux éteinte) et alcalinisé par du chlorure d'ammonium, provoquant ainsi une précipitation de la morphine base. Cette morphine base est chauffée avec de l'anhydride acétique puis est ajouté du carbonate de sodium pour obtenir la diamorphine base bute. La diamorphine ou diacétylmorphine étant le nom scientifique de l'héroïne. [27]

Certains produits de coupe, comme le sucre, l'amidon, le lait en poudre, le talc ou encore la strychnine, sont utilisés pour augmenter le poids pour la vente au détail. Il arrive également que l'héroïne soit dopée avec d'autres drogues, comme le Fentanyl (un médicament opioïde cent fois plus puissant que la morphine) pour augmenter les effets. [28]

L'héroïne se présente sous plusieurs formes : [29]

- Sous forme de poudre : dans sa forme la plus pure, l'héroïne est une poudre cristalline blanche, fine et légère, au goût amer, qui se dissout dans l'eau. [28]
- Sous forme de substance granuleuse brune, aussi appelée « brown sugar ».
- Sous une forme collante comme du goudron liquide ou bien dure comme du charbon, de couleur brun foncé voire noire.

(2) Modalités d'usage [29]

L'héroïne est en général injectée par voie intraveineuse. On parle alors de « fix » ou de « shoot ». La poudre est placée dans une cuillère et mélangée avec de l'eau. Il faut ajouter un diluant acide dans le cas de l'héroïne brune. Le fait de chauffer la cuillère à l'aide d'une flamme permet de mieux dissoudre la poudre et de tuer les éventuels germes présents. Ensuite, le consommateur place un « coton » devant l'embout d'une seringue et aspire la préparation en filtrant ce qui n'a pas été dilué. Il arrive que l'héroïne soit injectée avec de la cocaïne, ce mélange est appelé « speedball ». Les injections intramusculaires ou sous-cutanées sont également réalisables mais plus rares, car les effets sont moins forts et apparaissent plus lentement.

L'héroïne peut également être inhalée, c'est ce que l'on appelle « chasser le dragon ». Ce procédé d'utilisation consiste à déposer l'héroïne sur un papier aluminium puis de chauffer le tout à l'aide d'une flamme de briquet. L'évaporation qui en résulte est inhalée à l'aide d'une paille.

L'héroïne peut être fumée, mélangée à du tabac dans une pipe à eau, une pipe classique voire sous forme de cigarette.

Enfin, l'héroïne en poudre peut être sniffée. Elle est disposée en lignes et aspirée par le nez à l'aide d'une paille.

À l'origine, l'héroïne a été synthétisée à la fin du XIX^{ème} siècle dans le but de trouver un produit analgésique susceptible de remplacer la morphine, cette dernière étant responsable d'une trop forte dépendance physique. Les propriétés trouvées pour l'héroïne étant de réduire la toux et de favoriser l'expectoration, elle a été commercialisée dans des sirops antitussifs. Rapidement, les médecins et pharmaciens ont pu observer les effets indésirables et la dépendance liés à la consommation d'héroïne, elle a donc été retirée du marché au début du XX^{ème} siècle. [30]

(3) Effets recherchés par le consommateur [27], [29], [31]

L'héroïne est un agoniste des récepteurs aux opiacés (μ , κ et δ) qui sont normalement activés par des peptides endogènes appelés endorphines. Elle permet également la libération de dopamine.

L'intensité des effets varie selon l'individu, le contexte dans lequel il consomme l'héroïne, la quantité consommée et le mode de consommation.

Lors de l'injection d'héroïne, il y a une première phase induite par la diacétilmorphine, appelée « flash » du fait de la brièveté des effets (quelques minutes seulement). Elle provoque une sensation d'euphorie, de bien-être, d'apaisement, une impression de chaleur et un sentiment de confiance en soi. De plus, l'héroïne est un puissant antidouleur physique et psychique.

Étant synthétisée à partir de la morphine, l'héroïne se retransforme rapidement en morphine dans l'organisme. La deuxième phase correspond donc aux effets de la morphine. Le sujet va entrer dans une longue période de sédation et de tranquillité, d'une durée d'environ 4 à 6 heures.

Les effets sont les mêmes pour les autres modes de consommation, seulement, ils apparaissent moins rapidement que lors d'une injection.

(4) Effets indésirables [29]

Dès la première utilisation, l'héroïne cause plusieurs effets indésirables tels qu'une dépression respiratoire, un ralentissement du rythme cardiaque, des nausées et vomissements, une constipation, des démangeaisons et un assèchement des muqueuses, notamment de la bouche et du nez.

Dès l'établissement d'une consommation régulière, des effets chroniques font leur apparition : perturbation du cycle menstruel chez la femme (absence de règles ou règles pénibles et douloureuses), perturbation du cycle du sommeil, problèmes bucco-dentaires ou encore risque d'ostéoporose. Enfin, au long terme, l'héroïne affecte la prise de décision, le contrôle du comportement et la réponse aux situations de stress.

Rapidement, une tolérance à la substance apparaît, et dès les premières semaines de consommation, le sujet ressent la nécessité d'augmenter les doses, d'abord en quantité puis en

fréquence pour ressentir les mêmes effets, jusqu'à ne ressentir aucun effet positif lors de la consommation.

L'héroïne engendre une forte dépendance psychique et physique se manifestant par un syndrome de manque à l'arrêt. En effet, un toxicomane privé de substance présente des nausées et vomissements, des larmoiements et rhinorrhées, des crampes musculaires, des douleurs profondes des membres ainsi que des douleurs lombaires et abdominales, des sueurs, des frissons, une sensation de chaud et de froid, un sentiment de malaise et d'angoisse et une insomnie.

Le syndrome de manque à l'héroïne peut être très intense et douloureux et peut durer plus d'une semaine. Il peut représenter un véritable obstacle vers l'arrêt de la substance. Dans ce cas, une aide extérieure (CSAPA ou CAARUD par exemple) peut apporter un réel soutien psychologique et pourquoi pas une mise en place de TSO pour faciliter l'arrêt d'héroïne.

(5) Risques [29]

La consommation d'héroïne présente de nombreux risques. En effet, l'héroïne est majoritairement administrée par injection. Ce mode de consommation expose le sujet à des risques infectieux pouvant engager le pronostic vital :

- Infection de la peau et des tissus ;
- Réaction allergique face à une substance étrangère introduite dans l'organisme, qui entraîne une fièvre de plus de 40°, des tremblements convulsifs, une tétanie et des angoisses aiguës ;
- Septicémie liée à la présence de bactéries pouvant conduire à l'endocardite ;
- Infections pulmonaires ;
- Risque de transmission du VIH et des hépatites B et C.

Enfin, les consommateurs d'héroïne n'échappent évidemment pas au risque d'overdose. L'enquête DRAMES de 2022 dénombre 121 décès causés par l'héroïne sur 638 décès comptabilisés. [26] La surdose survient quand la quantité administrée dépasse la limite tolérée par l'organisme, cette limite étant variable d'un individu à l'autre. Cependant, certains facteurs favorisent son apparition : la consommation d'héroïne fortement dosée, la consommation d'héroïne après une période de sevrage prolongée, une association de l'héroïne avec de l'alcool ou des Benzodiazépines. Une surdose peut survenir dès la première prise.

Les principaux symptômes d'une overdose sont :

- Le myosis ;
- L'engourdissement du corps et de l'esprit qui s'accompagne d'indifférence vis-à-vis du monde extérieur ;
- Une respiration anormalement lente et moins profonde ;
- Une peau bleue et froide ;
- Un sommeil sans réaction aux stimulations extérieures.

(6) Statut légal [29]

L'héroïne est une drogue classée parmi les stupéfiants. Son usage est interdit et punissable d'amendes (jusqu'à 3 750 €) et de peines de prison (jusqu'à 1 an) selon l'article L3421-1 du Code de la Santé Publique. L'incitation à l'usage et au trafic et la présentation du produit sous un jour favorable sont interdites. Selon l'article L3421-4 du Code de la Santé Publique, elles sont punies d'amendes pouvant aller jusqu'à 75 000 € et de peines de prison allant jusqu'à 5 ans. Enfin, les actes de trafic sont interdits, les articles 222-34 à 222-43 du Code Pénal prévoient des amendes pouvant aller jusqu'à 7 500 000 € et des peines de prison allant jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle.

2. LES PRINCIPALES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES

a) *Benzodiazépines et dérivés*

(1) Généralités

Les Benzodiazépines (BZD) constituent une classe de médicaments psychotropes largement prescrits pour traiter l'anxiété et l'insomnie. Il existe deux catégories de BZD qui se différencient selon leur structure chimique. En effet, les BZD avec un groupement NO₂ ou CF₃ ont une action hypnotique tandis que les BZD comportant un groupement Cl ou Br sont anxiolytiques. [32]

Zolpidem (Stilnox®) et Zopiclone (Imovane®) sont quant à eux, des apparentés BZD. Ils ont une action seulement hypnotique et ont un mode d'action plus spécifique que les BZD, ce qui leur vaut une meilleure tolérance, car ils provoquent moins d'effets indésirables. [32]

(2) Mécanisme d'action

Les BZD agissent en potentialisant l'action du neurotransmetteur GABA, principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. Les BZD se fixent sur les sous-unités α des récepteurs GABA_A, cette fixation induit l'ouverture des canaux chlorure créant une diminution de la transmission nerveuse et donc une inhibition du système nerveux central. [32]

Les apparentés BZD agissent également sur les récepteurs GABA_A, mais leur fixation est plus sélective puisqu'ils ne se fixent que sur les sous-unités $\alpha 1$. [32]

(3) Effets pharmacologiques

Les BZD ont 5 effets principaux : anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxants, amnésiants et anticonvulsivants. [32]

La vitesse d'apparition des effets et leur durée dépendent de la demi-vie de la BZD : [33]

- BZD ayant une courte demi-vie : les effets apparaissent assez rapidement et durent moins de 10 heures.
- BZD ayant une demi-vie intermédiaire : les effets apparaissent plus tard et durent entre 10 et 24 heures.
- BZD ayant une longue demi-vie : les effets sont plus tardifs, mais durent plus de 24 heures.

Les apparentés BZD ont une action presque exclusivement hypnotique, leur demi-vie est courte donc ils présentent peu d'effets résiduels le lendemain matin. [32]

(4) Indications [32]

Les BZD sont principalement indiquées pour soulager les symptômes de l'anxiété et de l'insomnie, mais attention elles n'en traitent pas les causes. Certaines BZD peuvent être utilisées comme antiépileptiques ou encore dans la prévention et dans le traitement du *delirium tremens* et des autres manifestations du sevrage alcoolique.

Plus précisément, les BZD dites anxiolytiques sont utilisées pour :

- Le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes ;
- Les états névrotiques ;
- L'anxiété pré et postopératoire ;
- La prévention et le traitement du *delirium tremens*.

Les BZD hypnotiques ont pour indication :

- Les insomnies occasionnelles, par exemple lors de décalage horaire, de canicule, de stress...
- Les insomnies transitoires, en cas de problèmes familiaux ou professionnels par exemple.

À savoir que les BZD à courte durée d'action agissent plutôt sur l'endormissement tandis que les BZD à longue durée d'action ont une action sur les réveils précoces.

Enfin, les apparentés BZD sont indiqués dans les troubles du sommeil, ils permettent de réduire le délai d'endormissement et d'améliorer la qualité du sommeil.

(5) Effets indésirables

Les BZD exposent à certains effets indésirables tels qu'une amnésie antérograde, des troubles de l'équilibre et de la coordination, une somnolence, une sensation ébrieuse, une constipation, des difficultés de concentration intellectuelle, une détresse respiratoire ou encore une réaction allergique provoquant une éruption cutanée. Certaines personnes peuvent aussi éprouver des délires, des hallucinations, une sensation d'euphorie, une anxiété soudaine, de la nervosité et une certaine agitation, ou encore de l'irritabilité et de l'agressivité. [34]

Chez la personne âgée en particulier, les BZD à longue durée d'action peuvent être responsables de chutes et de fractures du fait des troubles de l'équilibre ainsi que de la somnolence qu'elles provoquent. [33]

Lors d'un traitement prolongé, les BZD peuvent entraîner une tolérance ainsi qu'une dépendance physique et psychique, provoquant un syndrome de sevrage ou un effet rebond en cas d'arrêt brutal du médicament, qu'il soit accidentel ou non. [35] Il est important de préciser que ces phénomènes peuvent également survenir aux doses et à la durée prescrites, cependant, certains facteurs semblent favoriser le développement d'une dépendance : une longue durée de traitement, l'utilisation d'un dosage important, des antécédents d'autres dépendances,

l'association de plusieurs BZD ou encore des facteurs de vulnérabilité personnels. [33] L'échelle ECAB (Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines) est un outil permettant d'évaluer l'attachement cognitif d'une personne à une BZD. C'est un questionnaire constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. On considère que le sujet est dépendant lorsque son score est supérieur ou égal à 6. [36] Un syndrome de sevrage peut apparaître dans les jours qui suivent l'arrêt de la consommation de BZD et se manifeste par une anxiété importante, des insomnies, une irritabilité, des céphalées, des myalgies et plus rarement, une agitation, des épisodes confusionnels ou encore des hallucinations. [35] Ces symptômes s'atténuent progressivement et finissent par disparaître au bout de 2 à 6 semaines, selon la personne, le type de BZD et la vitesse de diminution de la posologie. [33] L'effet rebond est un phénomène provoqué par l'arrêt trop brutal d'une BZD. Le patient voit son anxiété ou ses insomnies réapparaître plus fortes qu'avant la mise en place du traitement par BZD. [33]

Enfin, les BZD peuvent être à l'origine d'une intoxication aiguë. Une consommation excessive de BZD en une seule prise peut entraîner une surdose se manifestant par une perte de conscience pouvant aller jusqu'au coma et la mort par dépression respiratoire. Le risque de surdose est plus important avec les BZD à longue durée d'action, car elles entraînent un risque d'accumulation dans l'organisme, surtout chez les sujets âgés. [33]

Dans le cas de la surdose, il existe un antidote sous forme injectable, le Flumazénil (Anexate®). Ce traitement bloque spécifiquement, par inhibition compétitive des récepteurs GABA, les effets des BZD et permet en 1 à 2 minutes de neutraliser les effets des BZD et apparentés. [37]

(6) Contre-indications

Les BZD sont contre-indiquées en cas de : [32]

- Insuffisance respiratoire sévère ;
- Syndrome d'apnée du sommeil ;
- Myasthénie grave ;
- Insuffisance hépatique sévère ;
- Hypersensibilité.

L'utilisation des BZD est également soumise à certaines précautions d'emploi : éviter d'associer plusieurs BZD, diviser par deux la dose et éviter les BZD à longue durée d'action chez les sujets âgés (diminution de la biodisponibilité), éviter la conduite automobile après la prise de BZD qui induisent la baisse de vigilance et la sédation.

Pour finir, les BZD interagissent avec certaines substances :

- Les inducteurs et les inhibiteurs du CYP450 (antirétroviraux, antibiotiques macrolides, antifongiques, antiépileptiques, antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine) : les inducteurs provoquent l'apparition d'un syndrome de sevrage, les inhibiteurs induisent un surdosage de BZD. [34]
- L'alcool et les dépresseurs du système nerveux central : ils augmentent l'altération de la vigilance et l'effet sédatif, et augmentent le risque de surdose. [33]
- Les opioïdes (dont les traitements substitutifs oraux) : ils induisent un sommeil profond sans réaction aux stimulations extérieures et augmentent le risque de surdose et de décès par dépression respiratoire. [33]

(7) Grossesse et allaitement [38]

Une consultation pré-conceptionnelle doit être envisagée afin que le médecin établisse le rapport bénéfice/risque de la prise de la BZD durant la grossesse. En cours de grossesse, il ne faut pas arrêter brutalement le traitement en raison d'un risque de sevrage maternel qui ferait également souffrir le fœtus. Le traitement doit être prescrit à la posologie minimum efficace et pour la durée la plus courte possible. Il est nécessaire que toute l'équipe soignante qui prendra en charge la femme enceinte pour le suivi de grossesse et l'accouchement soit au courant de tous les traitements qu'elle prend afin d'adapter au mieux les soins. En effet, le nouveau-né pourra développer un syndrome de sevrage à la naissance. Chez les femmes enceintes, on privilégiera toujours les BZD à courte durée d'action comme l'Oxazépan (Seresta®). Pour les hypnotiques, on privilégiera le Zolpidem qui a une demi-vie courte également.

En principe, l'allaitement n'est pas interdit, mais, même si la quantité de BZD qui passe dans le lait est faible (pour certaines BZD), il est préférable de l'éviter si possible. En revanche, si la maman veut vraiment allaiter, on privilégiera l'Oxazépan ou le Zolpidem et elle devra surveiller l'apparition de signes de sédation chez son bébé. Dans ce cas, la poursuite de l'allaitement sera réévaluée.

(8) Conditions de prescription et de délivrance [39]

Les BZD doivent être prescrites ponctuellement, sur une période la plus courte possible et à la dose minimum efficace. La durée de prescription est limitée à 12 semaines pour les BZD anxiolytiques et 4 semaines pour les BZD hypnotiques. Ces durées incluent toujours la diminution progressive des doses. Au-delà de 12 semaines, les BZD ne sont plus efficaces alors que les effets indésirables persistent et le risque de dépendance augmente.

Certaines BZD ont été classées parmi les assimilés stupéfiants après que des cas d'abus et de détournement aient été constatés. Cela concerne le Clonazépam (Rivotril®), le Clorazépatate (Tranxène®) 20 mg et le Zolpidem (Stilnox®). Elles sont désormais obligatoirement prescrites sur une ordonnance sécurisée, ce qui limite le risque de falsification. Une ordonnance sécurisée est un papier filigrané blanc qui comporte les coordonnées du prescripteur pré-imprimées à l'encre bleue, le numéro d'identification par lot d'ordonnance et un carré pré-imprimé dans lequel le prescripteur indique le nombre de médicaments prescrits. Le médecin doit rédiger l'ordonnance en toutes lettres.

La prescription initiale de Clonazépam est réservée aux neurologues et aux pédiatres, pour l'épilepsie uniquement. Le renouvellement est possible par tout médecin, limité à 12 semaines, l'ordonnance initiale datant de moins d'1 an doit être présentée par le patient. La prescription de Clorazépatate et Zolpidem est limitée à 28 jours, le renouvellement de la délivrance est strictement interdit. Pour ces trois molécules, le chevauchement est interdit sauf mention contraire du prescripteur. Une copie de l'ordonnance doit être conservée pendant 3 ans.

b) *Antalgiques opioïdes*

(1) Généralités

Les antalgiques opioïdes constituent une famille de médicaments d'origine naturelle ou de synthèse. [40] En effet, la plupart des médicaments opioïdes sont synthétisés à partir de la morphine, un des alcaloïdes constitutifs de l'opium. L'opium est obtenu par dessiccation du latex, lui-même récupéré par incision des capsules verte de *Papaver somniferum*, plus connu sous le nom de Pavot, une plante de la famille des Papavéracées.

Les antalgiques opioïdes sont distingués par leur différence de puissance pharmacologique, les opioïdes dits « faibles » sont classés dans les antalgiques de palier II tandis que les opioïdes dits « forts » sont catégorisés comme antalgiques de palier III. [41]

Ils se présentent sous différentes formes : comprimés, gélules, liquides à injecter, spray nasal, suppositoire, patch, applicateur buccal...

(2) Mécanisme d'action

Les antalgiques opioïdes se fixent sur les récepteurs μ , κ et δ . Chaque opioïde peut interférer différemment sur ces récepteurs selon sa propriété d'agoniste complet, partiel ou bien d'antagoniste. [41]

(3) Effets pharmacologiques

Le principal effet recherché des opioïdes est celui d'antalgique puissant, dose-dépendant et sans effet plafond. Ils sont aussi utilisés pour leur effet antitussif. [32] Cependant, les antalgiques opioïdes sont responsables de nombreux autres effets indésirables que l'on citera ci-après.

Les formes à libération immédiate induisent des effets sur une courte durée, généralement correspondant à environ 4 heures. Cela concerne l'Actiskenan® ou l'Oramorph® par exemple. À l'inverse, les formes à libération prolongée comme le Skenan®, le Moscontin® ou le Sulfate de morphine LP, permettent la libération de la molécule sur une douzaine d'heures. [40]

(4) Indications

La principale indication des antalgiques opioïdes est le soulagement des douleurs intenses aiguës (dues à une opération chirurgicale par exemple) ou chroniques (liées au cancer, aux maladies osseuses ou encore aux maladies neurodégénératives, entre autres). [40]

Les antalgiques opioïdes dits « faibles » sont principalement utilisés en cas de douleurs modérées à intenses, soit après un échec des antalgiques non-opioïdes, soit lorsque la douleur nécessite une prise en charge par un opioïde. Les antalgiques opioïdes dits « forts » sont

principalement prescrits pour des douleurs aiguës ou chroniques intenses, après échec des antalgiques opioïdes faibles. [41]

(5) Effets indésirables

Comme dit précédemment, les opioïdes sont responsables d'effets indésirables tels que la somnolence, des nausées et vomissements, une constipation, des maux de tête, des effets dysphoriques ou encore une dépression respiratoire pouvant être grave. [41]

À plus ou moins long terme, que ce soit pour les antalgiques opioïdes faibles ou forts et quelle que soit la durée du traitement, ils peuvent être responsables d'une tolérance ainsi que d'une dépendance physique et psychique, provoquant un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. Ce dernier se manifeste par des tremblements, une transpiration excessive, des diarrhées et de l'anxiété. [40]

Les médicaments opioïdes peuvent également entraîner des surdoses. Selon l'enquête DRAMES de 2022, les opioïdes licites sont responsables d'un peu plus de 8 % des décès répertoriés durant l'enquête, la morphine étant la cause de la moitié des décès dus aux opioïdes licites. [26] La surdose se manifeste par une dépression respiratoire, un myosis et une somnolence pouvant se transformer en coma. [41] L'utilisation de Naloxone, un médicament antagoniste des récepteurs μ , permet de sauver une personne en overdose en contrant les effets de l'opioïde.

(6) Contre-indications [32]

Le traitement par antalgique opioïde est contre-indiqué en cas d'insuffisance respiratoire, d'insuffisance hépatique sévère, d'hypersensibilité, d'épilepsie non contrôlée et d'allaitement.

L'association d'antalgiques opioïdes avec un autre opioïde agoniste-antagoniste est contre-indiquée, car elle diminuerait l'effet antalgique. De même, l'association avec de l'alcool ou un médicament sédatif (BZD par exemple) majore le risque de surdosage voire de mort par dépression respiratoire.

Les antalgiques opioïdes sont tous soumis à prescription médicale obligatoire.

Les opioïdes dits « faibles » tels que la Codéine, la Dihydrocodéine, la Nalbuphine et le Tramadol sont inscrits sur la liste I des substances vénéneuses. Leur prescription est établie sur une ordonnance simple, pour maximum 1 an, excepté le Tramadol pour lequel la prescription est limitée à 12 semaines. Chaque délivrance est faite pour 28 jours maximum.

Les opioïdes dits « forts » tels que la Morphine, le Fentanyl, l'Oxycodone, le Sulfate de Morphine ou encore l'Hydromorphone sont inscrits sur la liste des stupéfiants. Ils suivent donc leur législation : prescription sur une ordonnance sécurisée en toute lettre, durée de prescription pour 28 jours maximum, renouvellement interdit, chevauchement interdit sauf mention expresse du médecin. Lors de la délivrance, l'ordonnance doit être présentée sous 3 jours, dans le cas contraire le pharmacien décompte les jours écoulés et ne délivre que la quantité correspondant aux jours à couvrir. Le pharmacien doit noter le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le patient.

En ce qui concerne la Morphine et l'Oxycodone injectables, la prescription est limitée à 7 jours ou 28 jours en cas d'administration à l'aide de systèmes actifs pour perfusion. Pour ce qui est du Fentanyl à action prolongée (Durogésic®), la délivrance doit être fractionnée en périodes de 14 jours maximum. Le fractionnement est réduit à 7 jours pour le Fentanyl à action rapide (Abstral®, Actiq®, Effentora®, Instanyl®, Pecfent®).

B. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS [42]

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) participent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes dépendantes aux opiacés. Ils ont pour objectif de permettre aux patients de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie dans le but d'améliorer leur état de santé et leur insertion sociale.

Les principaux intérêts de ces TSO sont :

- Leur pharmacodynamie, elle est de type opiacé, mais à longue durée d'action (environ 24 heures) ce qui permet de réduire le nombre de prise à une par jour ;
- Leurs effets, car les TSO, contrairement aux opiacés illicites, génèrent peu d'euphorie et pas d'effet flash ;

- Leur mode d'administration (oral ou sublingual) est différent de celui de la drogue, permettant au patient de se sevrer également du mode de consommation ;
- Leur statut de médicament puisqu'ils ont une AMM et entrent dans un protocole de prise en charge, cela permet aux patients d'entrer dans un cadre légal.

1. LES ADDICTIONS

Une addiction est une dépendance physique et/ou psychique à une substance psychoactive ou à un comportement induisant des conséquences néfastes sur la santé. [43]

Il y a une action commune à toutes les drogues qui entraîne l'addiction chez un consommateur : c'est la stimulation du circuit de la récompense. Ce circuit est impliqué dans le plaisir ressenti lorsque l'on effectue un comportement agréable comme boire, manger, avoir une relation sexuelle, etc. En effet, au moment de la réalisation de l'une de ces actions, le cerveau libère de la dopamine responsable de la sensation de plaisir, c'est l'effet de récompense. La fonction initiale du circuit de la récompense est d'inciter le renouvellement de ces comportements vitaux afin de favoriser la survie de l'individu. Cependant, les substances psychoactives sollicitent anormalement ce circuit naturel en provoquant une forte libération de dopamine. Le circuit de la récompense est déséquilibré et induit chez la personne une dépendance psychique. [44]

Pour établir le diagnostic ainsi que le degré de dépendance, le médecin peut s'aider de deux classifications des conduites addictives : [45]

- Le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) élaboré par l'American Psychiatric Association. Cette classification contient 11 critères, on parle de « trouble lié à l'usage » lorsque le patient présente au moins 2 des 11 critères au cours d'une période de 12 mois. La sévérité du trouble varie selon le nombre de critères constatés : entre 2 et 3, c'est un trouble léger, le trouble est modéré entre 4 et 5 critères et enfin, le trouble est sévère lorsque plus de 6 critères se manifestent.
- La CIM-11 (Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé) rédigée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le diagnostic de dépendance se base sur 6 critères, au moins 3 de ces critères doivent s'être manifestés en même temps au cours des 12 derniers mois pour établir le diagnostic de dépendance.

2. PRÉSENTATION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

a) Méthadone

(1) Généralités [35]

La Méthadone est un traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, destiné aux toxicomanes à l'héroïne ou aux autres opiacés. Son utilisation est réservée aux personnes de plus de 15 ans présentant une toxicomanie depuis au moins 2 ans.

C'est en fait un opioïde de synthèse, ce qui explique son mécanisme d'action puisqu'il agit comme agoniste complet des récepteurs aux opioïdes de type μ .

La Méthadone existe sous forme de sirop ou de gélule, aux dosages de 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg ou 60 mg pour la forme sirop et 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg ou 40 mg pour la forme gélule.

(2) Indication [42]

La Méthadone est prescrite en cas de dépendance avérée aux opiacés, la dépendance à d'autres substances psychoactives (cannabis, cocaïne...) n'étant pas une indication.

On privilégie la Méthadone chez les sujets injecteurs IV, car ce médicament n'est normalement pas injectable, tandis que la Buprénorphine (l'autre TSO) peut être mésusée.

(3) Mise en place et suivi du traitement [35], [42]

Le traitement par Méthadone est obligatoirement instauré par un médecin exerçant dans un CSAPA, en milieu hospitalier, en unité d'addictologie, en ELSA (Équipe de Liaison et des Soins en Addictologie) ou en milieu pénitentiaire (SMPR ou UCSA).

Les premiers rendez-vous servent à établir un lien de confiance entre le médecin et le patient. Le médecin cherche à connaître son patient, son environnement psycho-social, savoir quels sont ses objectifs et établir le diagnostic de dépendance aux opiacés.

Avant d'entamer le traitement, le médecin a l'obligation de réaliser une analyse urinaire afin d'objectiver les consommations actuelles d'opioïdes par le patient. En effet, les opioïdes sont dépistables dans les urines jusqu'à 3 jours après leur consommation.

Lors de la mise en place du traitement par Méthadone, le médecin doit informer le patient sur les modalités de prise du traitement, les risques et le suivi psychologique et social qui accompagne la prise en charge médicale.

Le dosage initial de Méthadone varie entre 10 mg et 40 mg par jour selon le patient. La première prise doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque. Puis s'en suit une période d'adaptation durant laquelle le médecin, en collaboration avec le patient, va chercher à trouver la posologie optimale en augmentant le dosage de 5 mg à 10 mg maximum par palier de 1 à 3 jours en fonction de la clinique. La posologie optimale est celle qui permet d'éviter le syndrome de sevrage (lorsque le dosage est insuffisant) ou le flash (lorsque le dosage est trop élevé). Il n'y a pas de posologie maximale pour la Méthadone.

Dans un premier temps, la Méthadone est obligatoirement prescrite en forme sirop, et ce pendant au moins un an. Ensuite, si le patient est stable, le médecin à l'initiative de la mise en place du TSO aura la possibilité de prescrire la Méthadone en forme gélule. L'intérêt de la forme sirop est qu'il est trop visqueux et sucré, donc normalement impossible à injecter. Cela permet au patient injecteur de se sevrer, en plus de l'opiacé, du geste d'injection qui reste dangereux peu importe la substance injectée. La forme gélule contient un agent gélifiant (le guar) qui empêche la poudre d'être transformée en liquide injectable en se gélifiant au contact de l'eau. Cependant, si le patient veut vraiment se l'injecter, il y arrivera, mais il doit être prévenu des risques qu'il encoure (détérioration des veines voire danger de mort).

Durant la période de stabilisation, le médecin prescripteur réalise des consultations plusieurs fois par semaine dans le but d'adapter la posologie, estimer l'observance du patient et faire le point sur les difficultés observées. De plus, le médecin doit être particulièrement vigilant vis-à-vis des mésusages de la Méthadone, d'une reprise de consommation d'héroïne ou d'autres opiacés ou encore de l'apparition ou augmentation de la consommation d'autres substances psychoactives. Les contrôles urinaires sont d'ailleurs poursuivis au cours du traitement pour permettre un meilleur suivi.

Une fois le patient stabilisé, le médecin prescripteur peut envisager, après information et en accord avec le patient, un relais avec la ville afin que la Méthadone soit prescrite par tout médecin et dispensée en officine de ville. Il est nécessaire que le médecin prescripteur établisse

un contact avec le pharmacien dispensateur choisi par le patient, pour recueillir son accord et inscrire son nom sur l'ordonnance.

La durée de traitement peut varier de quelques mois à plusieurs années selon les patients et leur parcours. La décision d'arrêter la Méthadone doit être prise en concertation entre le patient et le médecin. C'est le patient lui-même qui gère le processus de dégression progressive, en fonction de ses propres symptômes.

(4) Effets indésirables [35]

La Méthadone présente quelques effets indésirables à ne pas négliger et à surveiller : effet déprimeur et sédatif majeur, allongement de l'intervalle QT à l'origine de troubles du rythme cardiaque (torsade de pointe), effets secondaires atropiniques (tachycardie, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire), sueur excessive, nausées et vomissements, troubles du sommeil.

(5) Contre-indications [35], [42]

La Méthadone est contre-indiquée chez les toxicomanes de moins de 15 ans ou ayant une dépendance datant de moins de 2 ans. Du fait de ses effets indésirables, elle est également contre-indiquée chez les patients présentant une insuffisance respiratoire grave.

La consommation concomitante d'alcool est fortement déconseillée. En effet, lors d'une consommation chronique d'alcool, ce dernier ayant un effet inducteur enzymatique, l'efficacité de la Méthadone est diminuée et provoque donc un syndrome de manque. *A contrario*, lors d'une forte consommation ponctuelle d'alcool, il y a un risque de surdosage de la Méthadone.

Il existe des médicaments avec lesquels la Méthadone a des interactions :

- Les médicaments déprimeurs respiratoires, type Benzodiazépines, aggraveraient la dépression respiratoire déjà provoquée par la Méthadone.
- Les inducteurs enzymatiques, comme les anticonvulsivants, provoquent une diminution de la concentration en Méthadone et donc son inefficacité.
- Les inhibiteurs enzymatiques empêchent l'élimination de la Méthadone et peuvent être responsables d'un surdosage. Les anti-déprimeurs ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de Sérotonine) en sont un exemple.

- Les médicaments torsadogènes, en particulier Escitalopram, Citalopram, Dompéridone, Hydroxyzine et Pipéraquline, peuvent être à l'origine de troubles du rythme cardiaque.
- Les médicaments contenant de la Buprénorphine, Nalbuphine ou Pentazocine peuvent faire apparaître un syndrome de manque.

(6) Surdosage

Une overdose est possible avec la Méthadone. En effet, selon l'enquête DRAMES de 2022, ce médicament est à l'origine de 3,7 décès pour 1 000 usagers. [26] Les signes de surdosage n'apparaissent pas immédiatement après la prise de Méthadone et peuvent se manifester jusqu'à 4 heures plus tard.

Les symptômes à surveiller sont : [46]

- Une respiration lente et superficielle ;
- Une atteinte de l'état de conscience (paroles incohérentes, somnolence irrésistible, perte de connaissance...)
- Des nausées et vomissements ;
- Une peau froide et moite ;
- Une hypotension.

En cas de suspicion de surdosage ou d'ingestion de Méthadone par une personne à qui elle n'était pas destinée, il existe un antidote : la Naloxone.

(7) Grossesse et allaitement [38]

La prise de Méthadone n'est pas contre-indiquée avec une grossesse. Cependant, il semble important de réaliser une consultation préconceptionnelle afin de faire le point sur la situation clinique et le traitement de la patiente en vue d'une future grossesse. Durant la grossesse, les posologies seront parfois amenées à être augmentées pour maintenir l'efficacité du traitement et éviter les symptômes de manque. La future maman doit informer le gynécologue et l'équipe de la maternité de son traitement, afin d'adapter au mieux l'accueil du nouveau-né. Ce dernier aura besoin de soins particuliers puisqu'il fera sûrement face à un syndrome de sevrage à la naissance.

L'allaitement est également possible sous Méthadone. En effet, la quantité de Méthadone ingérée via le lait est faible (3 % de la dose maternelle).

(8) Conditions de prescription et de délivrance [39]

Comme mentionné précédemment, la primo-prescription de Méthadone doit être faite par un médecin exerçant en CSAPA, en milieu hospitalier, en unité d'addictologie, en ELSA ou en milieu pénitentiaire. La Méthadone suit la réglementation des stupéfiants donc doit être prescrite sur une ordonnance sécurisée (papier filigrané, mentions imprimées en bleu, numérotation de lot, carré en micro-lettres...). Le prescripteur doit indiquer en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises, le dosage du médicament et le nom du pharmacien dispensateur. La prescription ne doit pas excéder 28 jours pour la Méthadone gélule et 14 jours pour la Méthadone sirop. Au comptoir, la délivrance s'effectue dans sa totalité si elle est présentée dans les 3 jours qui suivent la prescription. Au-delà des 3 jours, le pharmacien doit décompter les jours passés et ne délivrer que les jours restants. Sauf mention contraire du médecin, la délivrance de Méthadone est fractionnée par période de 7 jours maximum. Si la délivrance se fait à un tiers, le pharmacien doit noter son nom et son adresse. Le chevauchement est interdit sauf mention contraire du prescripteur. De même, le renouvellement de la délivrance est strictement interdit et aucune mention ne peut faire passer outre. Le pharmacien doit conserver une copie de l'ordonnance pendant 10 ans.

(9) Statut légal [46]

La Méthadone est un médicament ayant l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France depuis 1995 pour le traitement substitutif de la dépendance aux opiacés. Classée au tableau des stupéfiants, son usage hors prescription médicale est interdit, passible d'une peine maximale d'1 an de prison et de 3 750 € d'amende. 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).

En ce qui concerne le déplacement à l'étranger, les démarches sont différentes selon que le déplacement s'effectue au sein de l'espace Schengen ou en dehors. Au sein de l'espace Schengen, il faut demander une autorisation à l'ARS (Agence Régionale de Santé). En-dehors de l'espace Schengen, il faut se renseigner auprès de l'ambassade ou du consulat du pays de destination sur les règles en vigueur, car chaque pays applique ses propres dispositions.

b) Buprénorphine haut dosage

(1) Généralités

La BHD (Buprénorphine Haut Dosage) est un traitement de la pharmacodépendance aux opiacés. Elle a pour fonction de neutraliser les effets de l'héroïne ou d'autres produits opiacés et de calmer le syndrome de manque. Elle agit comme antagoniste des récepteurs κ et agoniste partiel des récepteurs μ des opioïdes. [35] La BHD, tout comme la Méthadone, est un opiacé de synthèse, mais elle présente une toxicité moindre par rapport à celle de la Méthadone. L'avantage de la BHD est qu'elle a un « effet plafond » ce qui signifie qu'une fois un certain seuil atteint (seuil pouvant varier selon la personne), il n'y aura plus d'augmentation de l'effet avec la dose. [47]

Il existe plusieurs spécialités de BHD : [35]

- Subutex® et ses génériques : la Buprénorphine est sous forme sublinguale, le comprimé doit être maintenu sous la langue jusqu'à dissolution complète (5-10 minutes) sans avaler la salive. Il existe en plusieurs dosages : 0.4 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg et 8 mg.
- Orobupré® : il s'agit ici d'un lyophilisat oral, le comprimé est à faire fondre sur la langue (environ 15 secondes). L'Orobupré® existe en 2 mg et en 8 mg.
- Buvidal® : c'est une solution injectable à administration hebdomadaire ou mensuelle, réservée aux personnes de plus de 16 ans. L'injection doit être faite par des professionnels de santé en hôpital ou en CSAPA, les patients ne peuvent pas faire l'injection eux-mêmes. Les dosages existants sont multiples : 8 mg, 16 mg, 24 mg, 32 mg, 64 mg, 96 mg et 128 mg.
- Sixmo® : c'est un implant sous-cutané composé de 74.2 mg de Buprénorphine et réservé aux adultes cliniquement stabilisés pour lesquels la posologie de BHD sublinguale ne dépasse pas 8 mg par jour. La prescription est réservée aux médecins exerçant en CSAPA ou en milieu hospitalier. L'administration se fait tous les 6 mois, mais un contrôle mensuel est nécessaire.

(2) Indications [35]

La BHD est un traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique chez l'adulte et l'adolescent âgé de plus de 15 ans.

(3) Mise en place et suivi du traitement [42], [47]

La BHD peut être prescrite par tout médecin. La dose initiale est de 4 mg à 8 mg par jour en une prise. Après l'instauration, commence la période d'adaptation posologique où le médecin va augmenter peu à peu la dose de BHD en fonction de la clinique du patient, jusqu'à obtenir la dose d'entretien. La dose de BHD ne doit jamais excéder 24 mg par jour et 18 mg pour l'Orobupré®. Après une période de stabilité considérée comme suffisante par le médecin, il est possible, après concertation avec le patient, de diminuer progressivement les doses dans le but d'arrêter totalement la prise du traitement.

(4) Effets indésirables [35]

Les effets indésirables de la BHD sont la constipation, des céphalées, des troubles du sommeil, des nausées et vomissements et l'hypersudation.

La BHD peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage causé par la dépendance qu'elle induit. Il y a également un risque de surdosage pouvant être mortel, majoré en cas d'association avec une Benzodiazépine. La Naloxone est utilisable en cas de surdosage à la BHD.

(5) Contre-indications [35], [47]

La BHD est contre-indiquée aux enfants de moins de 15 ans et aux personnes étant atteintes d'insuffisance respiratoire ou hépatique grave. L'injection de BHD est également contre-indiquée, car elle induit un risque de surdosage, de détresse respiratoire et de sclérose veineuse.

La prise concomitante d'alcool ou de Benzodiazépine avec la BHD provoque un risque de détresse respiratoire et de surdose mortelles.

Enfin, les opioïdes de manière générale (Méthadone, Morphine, Oxycodone, Fentanyl...) et les médicaments pour le sevrage alcoolique (Naltrexone et Nalméfène) sont également contre-indiqués avec la BHD.

(6) Grossesse et allaitement [38]

Tout comme la Méthadone, la BHD n'est pas contre-indiquée chez les femmes enceintes. Il est préconisé de faire une consultation préconceptionnelle pour préparer au mieux la grossesse. La posologie devra possiblement être augmentée au cours du troisième trimestre pour maintenir une efficacité suffisante. De plus, l'équipe médicale devra être prévenue pour assurer les soins du bébé à la naissance, il aura sûrement des symptômes de sevrage à la BHD durant ses premiers jours de vie. Les symptômes du sevrage peuvent se manifester par une irritabilité, des trémulations, un cri aigu et une hypertonie.

Étant donné que la quantité de Buprénorphine ingérée via le lait est très faible (environ 1 % de la dose maternelle), l'allaitement est possible.

(7) Conditions de prescription et de délivrance [39]

La BHD est un médicament de la liste I assimilé stupéfiant ce qui signifie qu'il est soumis aux règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. La prescription peut être faite par tout médecin, sur ordonnance sécurisée et pour 28 jours maximum. Le prescripteur doit inscrire le nom du pharmacien dispensateur sur l'ordonnance. Le chevauchement est interdit sauf mention contraire du médecin. Lors de la dispensation, le pharmacien doit fractionner la délivrance par période de 7 jours maximum, sauf mention contraire. Le patient a 3 mois pour présenter son ordonnance. Le renouvellement de la délivrance est strictement interdit. Le pharmacien doit noter le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le patient. Une copie de l'ordonnance est conservée par le pharmacien pendant 3 ans.

(8) Statut légal [47]

La BHD a l'AMM en France depuis 1996 pour le traitement substitutif de la dépendance aux opiacés. La fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, l'offre, la cession, l'acquisition, la détention, l'emploi illicite de BHD ainsi que le fait de s'en faire délivrer au

moyen d'une ordonnance fictive ou de complaisance sont punis de 5 ans de prison et de 357 000 € d'amende selon l'article L5432-2 du code de la santé publique.

Lors d'un déplacement à l'étranger, si la personne reste au sein de l'espace Schengen, il faut demander une autorisation à l'ARS (Agence Régionale de Santé). En-dehors de l'espace Schengen, il faut se renseigner auprès de l'ambassade ou du consulat du pays de destination sur les règles en vigueur, car chaque pays applique ses propres dispositions.

c) *Suboxone*

(1) Généralités [48]

La Suboxone® est une association de Buprénorphine haut dosage et de Naloxone. Comme dit précédemment, la BHD est un agoniste partiel des récepteurs μ et antagoniste des récepteurs κ des opioïdes, autrement dit, il agit comme un opioïde et donc a comme action de supprimer les symptômes de sevrage et réduire le « craving » (envie irrépressible de consommer). Quant à la Naloxone, c'est un antagoniste des récepteurs aux opioïdes ce qui signifie qu'elle neutralise les effets des opiacés. Elle est active seulement lors d'une consommation détournée de la Suboxone®. En effet, en prise sublinguale, elle n'a aucun effet tandis qu'en injection ou inhalation, elle inhibe l'effet de la BHD et entraîne donc un syndrome de sevrage. Le but de cette association est donc de réduire l'usage inapproprié de BHD en injection.

La Suboxone® existe sous deux formes : [48]

- En comprimé sublingual devant être placé sous la langue jusqu'à dissolution complète (5-10 minutes). Il y a deux dosages pour cette forme : 2mg/0.5mg et 8mg/2mg.
- En film sublingual, à dissoudre sous la langue obligatoirement lors de l'instauration du traitement puis pouvant être administré par voie bucco-gingivale (contre la joue) une fois le patient stabilisé. Quatre dosages existent : 2mg/0.5mg, 4mg/1mg, 8mg/2mg et 12mg/3mg.

(2) Indications [48]

La Suboxone® est un traitement de la pharmacodépendance aux opioïdes chez les toxicomanes ayant accepté un traitement de désintoxication. Ce traitement est réservé aux adultes et à l'adolescent de plus de 15 ans bénéficiant également d'une prise en charge médicale,

sociale et psychologique. Du fait de ses propriétés, la Suboxone® est préférée en primo-prescription de BHD chez les patients injecteurs.

(3) Mise en place et suivi du traitement [48]

La Suboxone® peut être prescrite par tout médecin. La dose initiale est généralement de 4 mg de BHD et 1 mg de Naloxone. Lors de la phase d'adaptation, le médecin peut augmenter les doses en fonction de la clinique du patient, mais la dose quotidienne de BHD ne doit jamais excéder 24 mg.

Après une stabilisation durable du patient et lorsque le médecin estime que le moment est venu, avec l'accord du patient, la dose peut être progressivement réduite pour, à terme, mettre fin au traitement.

La prise de Naloxone implique un contrôle de la fonction hépatique du patient avant la mise en place du traitement et une surveillance régulière au cours du traitement.

(4) Effets indésirables [48]

Les effets indésirables sont ceux de la BHD. On peut retrouver une constipation, des insomnies, des nausées et vomissements, une transpiration excessive et des céphalées. Si la Suboxone® est détournée de son usage sublingual, on retrouvera également un syndrome de sevrage.

(5) Contre-indications [48]

La Suboxone® est contre-indiquée chez :

- Les enfants de moins de 15 ans ;
- Les patients présentant une intoxication alcoolique aiguë ou un *delirium tremens* ;
- Les patients présentant une insuffisance respiratoire ;
- Les patients présentant des troubles hépatiques graves.

De plus, la prise concomitante de Benzodiazépine, d'opiacés ou d'alcool avec la Suboxone® est contre-indiquée, car cela provoquerait un risque d'overdose mortelle par dépression respiratoire. Pour finir, il y a une interaction médicamenteuse entre la Suboxone® et les médicaments antagonistes opioïdes utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique (Naltrexone et Nalméfène).

(6) Grossesse et allaitement [48]

La Buprénorphine n'est pas contre-indiquée chez la femme enceinte, cependant, les risques associés à la prise de Naloxone pendant la grossesse ne sont pas connus. L'utilisation de Suboxone® doit être évaluée par le médecin. Si le traitement est utilisé chez la femme enceinte, il est important qu'elle prévienne l'équipe de maternité afin de mettre en place les soins nécessaires pour le nouveau-né lors de l'accouchement. L'administration à long terme de Suboxone® au cours de la grossesse peut être à l'origine de l'apparition d'un syndrome de sevrage chez le bébé.

L'allaitement doit être interrompu lors d'une consommation de Suboxone®. En effet, on ne sait pas si la Naloxone passe dans le lait maternel. Pour ce qui est de la BHD, seulement 1 % de la dose maternelle passe dans le lait.

(7) Conditions de prescription et de délivrance [39]

La Suboxone® est un médicament classé sur liste I et assimilé stupéfiant, donc suit les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants. Elle peut être prescrite par tout médecin sur ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours maximum. Le chevauchement est interdit sauf mention contraire du prescripteur. De même, le renouvellement de la délivrance est interdit. Le médecin doit indiquer sur l'ordonnance le nom du pharmacien dispensateur. Le patient a 3 mois pour présenter l'ordonnance en pharmacie. Le pharmacien doit fractionner la délivrance en périodes de 7 jours maximum, sauf mention contraire du médecin. Le pharmacien doit noter le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade. Une copie de l'ordonnance doit être conservée 3 ans par le pharmacien.

(8) Statut légal [47]

La Suboxone® a le même statut légal que la BHD. Ainsi, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, l'offre, la cession, l'acquisition, la détention, l'emploi illicite de BHD ainsi que le fait de s'en faire délivrer au moyen d'une ordonnance fictive ou de complaisance sont punis de 5 ans de prison et de 357 000€ d'amende selon l'article L5432-2 du code de la santé publique.

Lors d'un déplacement à l'étranger, si la personne reste au sein de l'espace Schengen, il faut demander une autorisation à l'ARS (Agence Régionale de Santé). En-dehors de l'espace Schengen, il faut se renseigner auprès de l'ambassade ou du consulat du pays de destination sur les règles en vigueur, car chaque pays applique ses propres dispositions.

d) *Naloxone*

(1) Généralités [35], [49], [50]

La Naloxone est un médicament agissant comme antagoniste des opiacés. Cette substance existe sous quatre formes :

- Prexonad®, en injection intra-musculaire. La spécialité se présente sous la forme d'une seringue, contenant 5 doses de Naloxone. Prexonad® est réservé aux adultes.
- Nyxoid®, en spray nasal. La spécialité comprend 2 pulvérisateurs à usage unique, délivrant une seule dose chacun. Nyxoid® est réservé aux adolescents de plus de 14 ans et aux adultes.
- Ventizolve®, en spray nasal. Cette spécialité est disponible depuis octobre 2023. Elle comprend 2 pulvérisateurs à usage unique, délivrant une seule dose chacun. Ventizolve® est réservé aux adultes.
- Narcan®, en injection intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée. Cette spécialité est disponible seulement en milieu hospitalier et se présente sous forme d'ampoule de 1 mL contenant chacune 0,4 mg de Naloxone. Narcan® est réservé aux enfants de plus de 3 ans et aux adultes.

(2) Indications [50]

Les spécialités à base de Naloxone sont indiquées en cas de surdosage à un opioïde. En effet, la Naloxone est un antidote permettant de contrer les effets des opiacés (la dépression respiratoire en particulier), et de potentiellement sauver la vie d'une personne victime d'overdose, à condition qu'elle soit administrée à temps. La Naloxone agit très rapidement (quelques secondes à quelques minutes), et le patient est censé reprendre connaissance et retrouver un rythme respiratoire convenable (> 10 respirations par minute) au bout de quelques instants. Cependant, la durée d'action de cet antidote est relativement courte (20 minutes à 2 heures selon le mode d'administration), et parfois même plus courte que celle des opioïdes qu'elle antagonise. Ainsi, il est possible qu'un surdosage réapparaisse au bout de quelques heures, c'est ce que l'on appelle la « remorphinisation secondaire ». Il est donc important de prévenir les secours le plus rapidement possible afin qu'ils interviennent avant la fin de l'efficacité de l'antidote.

(3) Effets indésirables [35]

Le principal effet indésirable de la Naloxone est la survenue d'un syndrome de sevrage chez les usagers chroniques d'opioïdes. Il est donc nécessaire de les informer de ne pas consommer d'opioïde en réaction aux symptômes de sevrage provoqués par la prise de Naloxone, car ils risqueraient une nouvelle overdose.

Les autres effets indésirables retrouvés sont des nausées et des vomissements en cas de fortes doses de Naloxone. De plus, chez les sujets atteints d'affections cardio-vasculaires graves, il y a un risque de troubles cardiaques en cas de réversion trop rapide des effets morphiniques.

(4) Population cible [49]

La possession d'un kit de Naloxone est fortement recommandée chez les usagers d'opioïdes à risque d'overdose, les patients ayant un traitement de substitution aux opioïdes et les patients traités par des médicaments opioïdes antalgiques (en cas d'initiation, de mésusage ou de dépendance).

Prexonad® et Nyxoid® sont délivrés gratuitement aux usagers à risque par les CSAPA et les CAARUD, les établissements hospitaliers et les unités sanitaires en milieu pénitentiaires. Ils sont également disponibles auprès des pharmacies d'officine. Prexonad® n'est pas soumis à une prescription médicale, mais il est remboursé lorsqu'il est prescrit. Nyxoid® est délivrable uniquement sur prescription médicale, et est donc remboursable.

Pour le moment, Ventizolve® n'est disponible qu'auprès des CSAPA et des CAARUD. Cependant, les patients pourront se le procurer en pharmacie d'officine ou dans les établissements de santé lorsque la spécialité aura obtenu l'agrément aux collectivités et le remboursement (la demande est en cours). Ventizolve® ne nécessitera pas obligatoirement une prescription médicale.

IV. ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE OPPIDUM DE 2022 EN EX-POITOU-CHARENTES ET EX-LIMOUSIN

L'enquête OPPIDUM de l'année 2022 s'est déroulée du 3 au 30 octobre et a requis la participation de 266 centres d'enquête en France métropolitaine et DROM. Au total, 5 134 sujets ont décrit la consommation de 10 545 substances psychoactives, parmi lesquelles on compte l'apparition de 19 nouveaux produits.

En ce qui concerne l'enquête réalisée en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin, 169 sujets ont participé à l'enquête, ce qui représente 3,3 % des sujets ayant participé à l'enquête nationale, et 305 produits ont été décrits. On compte la participation de huit centres (CSAPA, CAARUD et ELSA) du territoire d'intervention du CEIP de Poitiers.

A. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PATIENTS

1. ÂGE DES PATIENTS

En 2022 au niveau local, la moyenne d'âge des participants à l'enquête est de 39,4 ans ($\pm 10,2$). Cette moyenne est stable depuis quelques années (39,8 ans en 2021 et 39,1 ans en 2020). On compte deux mineurs interrogés à l'ELSA de Niort, un homme et une femme, âgés respectivement de 13 et 15 ans. Ils sont tous les deux consommateurs de cannabis depuis l'âge de 13 ans.

L'enquête nationale annonce que l'âge moyen des participants à l'enquête OPPIDUM en France est de 40,9 ans ($\pm 10,6$).

Si l'on se penche sur la répartition de l'âge des participants au niveau local, on constate que les 36-45 ans représentent la part la plus importante des sujets interrogés (38 %). À l'inverse, la classe d'âge la moins représentée est celle des moins de 26 ans, comprenant les mineurs (8 %).

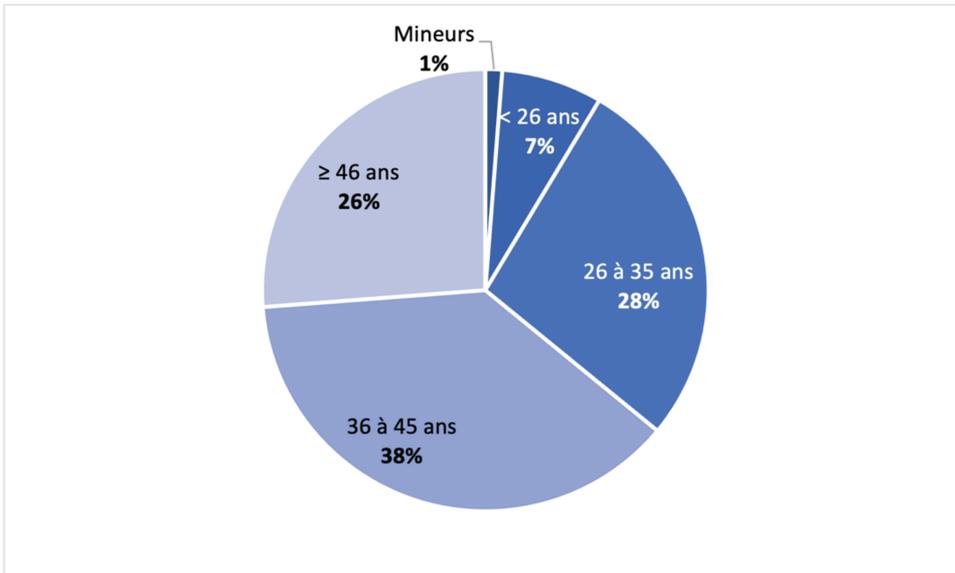


Figure 1 : Répartition des sujets par classes d'âge (Enquête CEIP Poitiers 2022)

2. SEXE DES PATIENTS

En 2022, la proportion de femmes participant à l'enquête OPPIDUM pour le territoire du CEIP de Poitiers est de 31 %, contre 24 % au niveau national. Cette répartition hommes-femmes est sensiblement la même depuis plusieurs années.

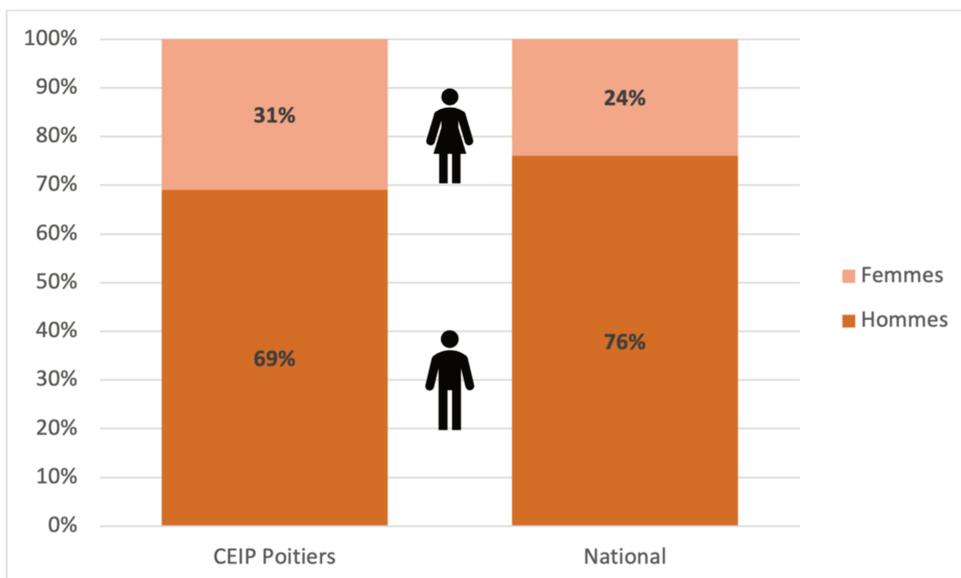


Figure 2 : Répartition des sujets par sexe

3. NIVEAU D'ÉTUDE DES PATIENTS

En 2022 au niveau local, on constate une diminution de la proportion de personnes ayant arrêté leur cursus scolaire avec un niveau collège, CAP ou BEP (49 % en 2022, 57,1 % en 2021 et 57,4 % en 2020). Cependant, cette catégorie de niveau d'étude reste la plus représentée parmi les autres. Au contraire, on observe une augmentation du taux de personnes ayant arrêté leurs études après le bac (30 % en 2022, 19,4 % en 2021 et 20,5 % en 2020). Sur trois ans, l'évolution tend vers une élévation du niveau d'étude des sujets interrogés.

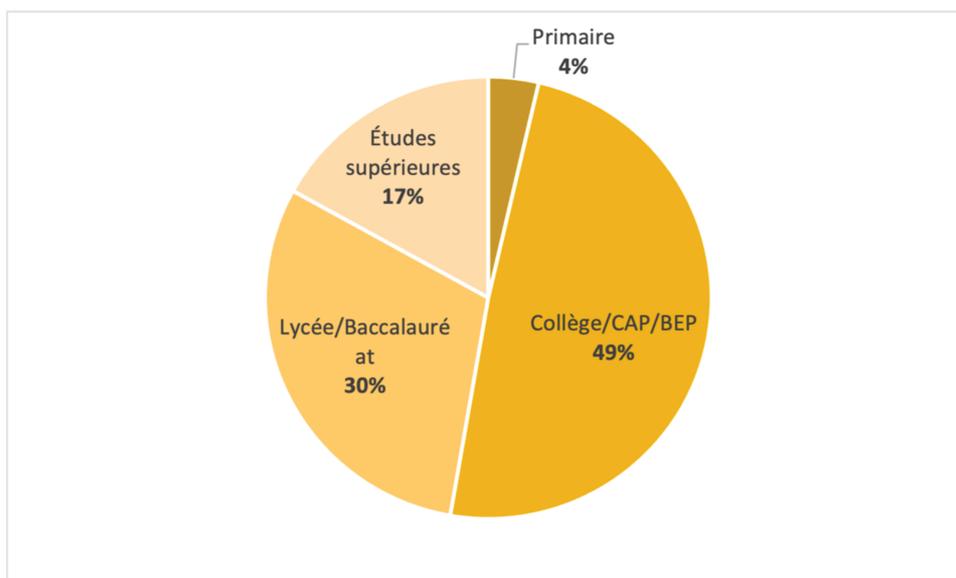


Figure 3 : Répartition des sujets selon le niveau d'étude atteint (Enquête CEIP Poitiers 2022)

4. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES PATIENTS

Au niveau local, la proportion de personnes ayant une activité professionnelle augmente, puisqu'en 2022, elle atteint 47,3 % (contre 40,7 % en 2021 et 39,1 % en 2020). Au niveau de l'enquête nationale, on est un peu en dessous avec 40 % de sujets ayant un emploi.

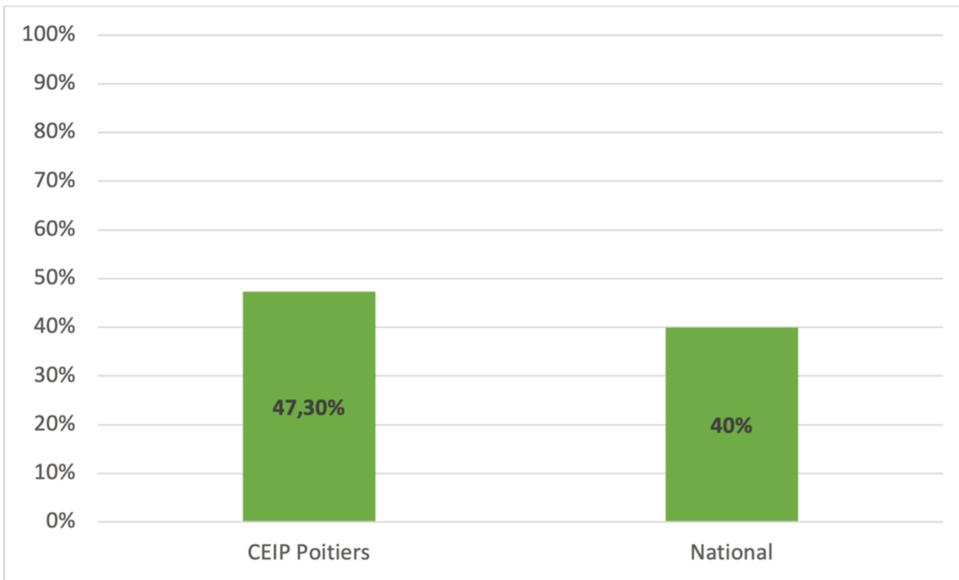


Figure 4 : Sujets ayant une activité professionnelle

5. REVENUS DES PATIENTS

Au niveau local, la population ayant un revenu régulier est largement majoritaire. On observe, depuis 2020, une diminution de la proportion de personnes en précarité avec compensations sociale (31,1 % en 2022, 37,9 % en 2021 et 38,3 % en 2020). À l'inverse, la proportion de personnes ayant un revenu régulier a tendance à augmenter (62,7 % en 2022, 58 % en 2021 et 55,5 % en 2020). En comparaison avec l'enquête nationale, le territoire du CEIP de Poitiers présente une plus grande proportion de patients avec un revenu régulier et donc une plus petite proportion de patients en situation de précarité avec compensation sociale.

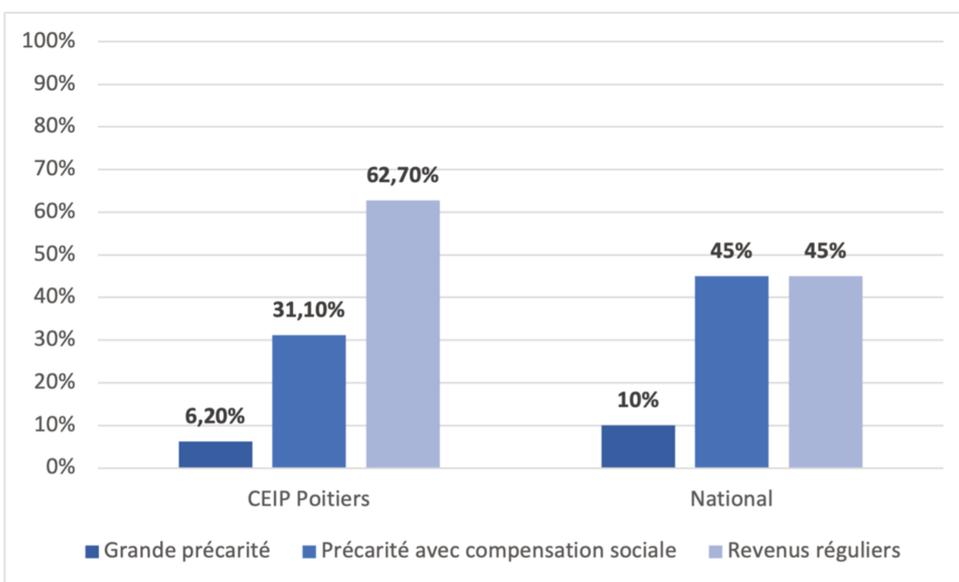


Figure 5 : Répartition des sujets selon leurs revenus

6. LOGEMENT DES PATIENTS

En 2022 au niveau local, 78,2 % des participants à l'enquête ont un logement durable. Cette proportion est stable depuis 2020 (82,9 % en 2021 et 79,8 % en 2020). On retrouve des données similaires au niveau de l'enquête nationale, avec 79 % de personnes ayant un logement stable.

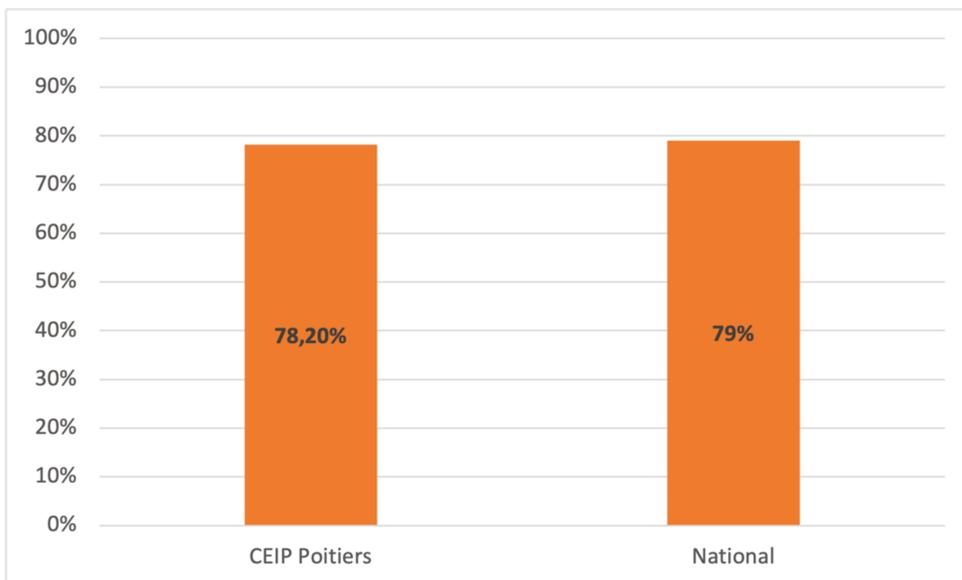


Figure 6 : Sujets ayant un logement stable

7. VIE DE FAMILLE DES PATIENTS

Parmi les participants à l'enquête OPPIDUM du CEIP de Poitiers, 36,1 % vivent en couple et 31,9 % ont un enfant à charge. Ces chiffres sont légèrement inférieurs au niveau de l'enquête nationale avec 31 % de sujets ayant une vie de couple et 26 % ayant un enfant à charge.

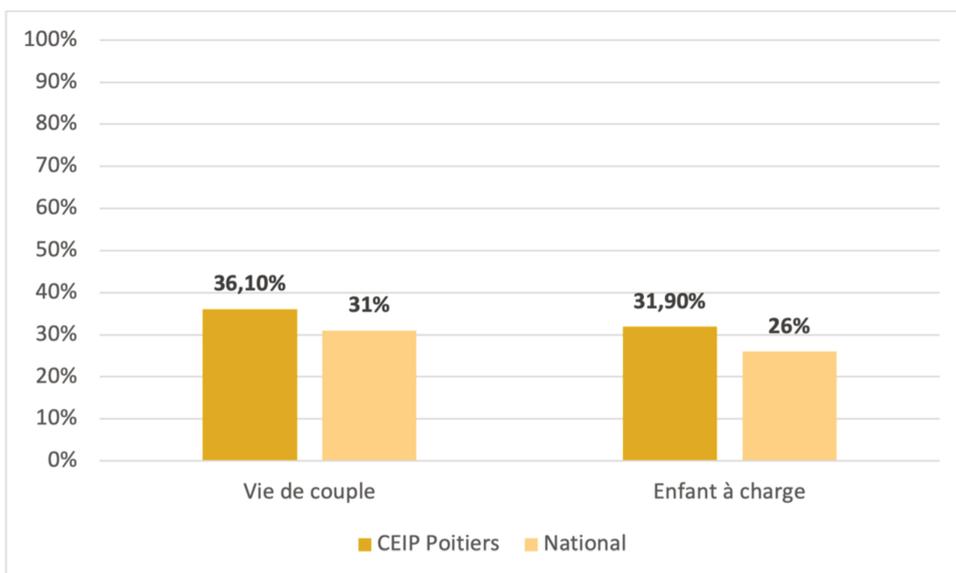


Figure 7 : Sujets ayant une vie de famille

B. DESCRIPTION DES CONSOMMATIONS ET DES CONDUITES ASSOCIÉES

1. NOMBRE DE PRODUITS CONSOMMÉS PAR PERSONNE

Les participants à l'enquête réalisée par le CEIP de Poitiers consomment en moyenne 1,8 produit psychoactif. En effet, 46 % des sujets consomment seulement un produit psychoactif. Depuis 2020, la proportion de polyconsommateurs augmente puisqu'elle est passée de 46 % en 2020 à 54 % en 2021 et 2022, soit plus de la moitié des patients interrogés.

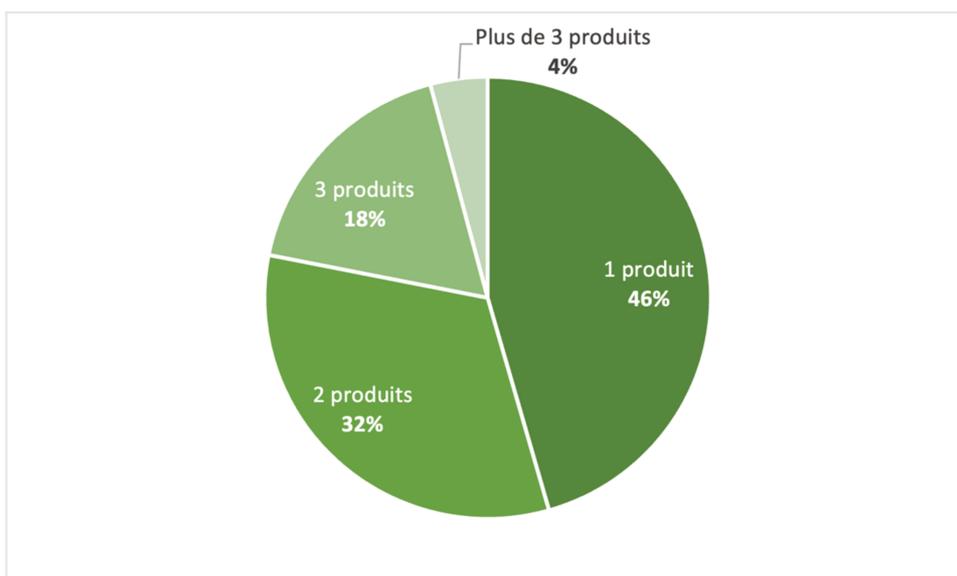


Figure 8 : Répartition des sujets selon le nombre de substances psychoactives consommées (Enquête CEIP Poitiers 2022)

2. PREMIER PRODUIT PSYCHOTROPE CONSOMMÉ

L'Enquête OPPIDUM révèle que le premier produit psychoactif consommé est presque toujours une substance illicite (96,3 % des cas pour l'enquête en local et 93 % pour l'enquête nationale). Pour le territoire du CEIP de Poitiers, le cannabis reste largement en tête et concerne 87,8 % des sujets. On retrouve l'héroïne dans 4,3 % des cas et la cocaïne pour 2,4 % des participants à l'enquête. On observe également cette tendance dans l'enquête nationale. La part de sujets ayant consommé un médicament comme premier produit psychoactif est faible, mais a tendance à augmenter en local depuis 2020 (3,7 % en 2022, 4,2 % en 2021 et 1,6 % en 2020). Les médicaments mis en cause sont majoritairement des Benzodiazépines (n=2) et des médicaments opiacés non codéinés (n=2).

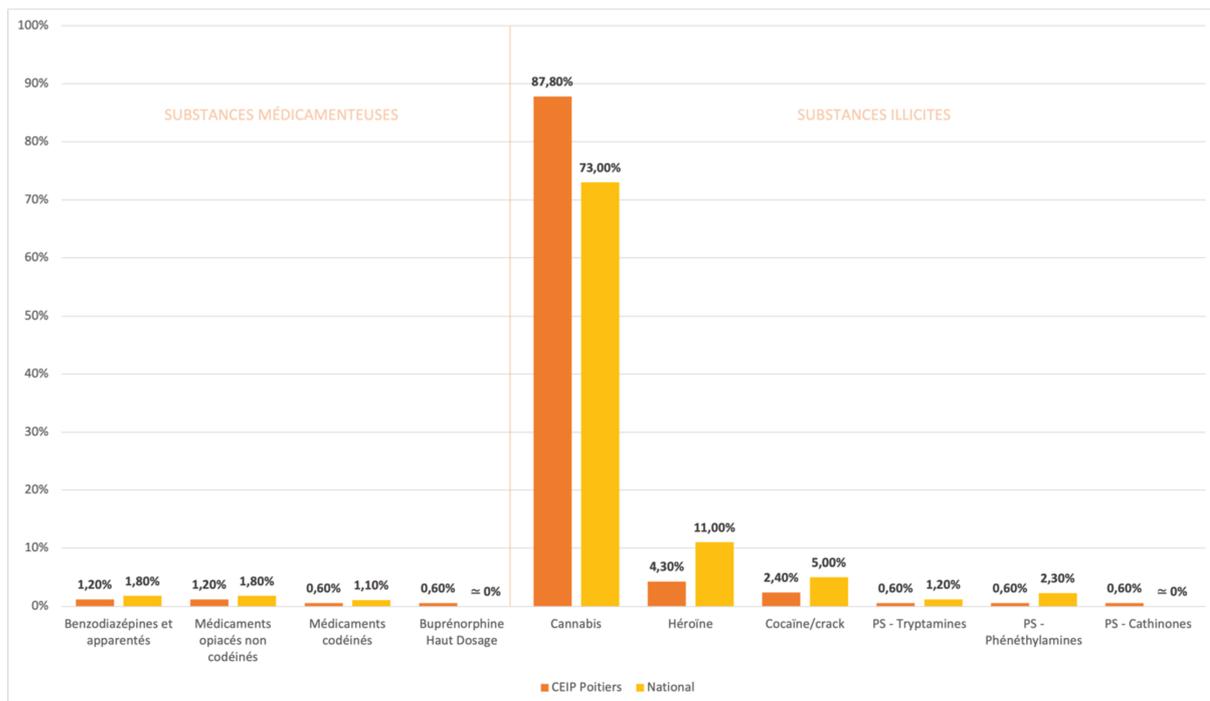


Figure 9 : Principales substances psychoactives consommées au cours de la première expérimentation

À noter l'apparition de substances n'ayant jamais été citées auparavant : la Buprénorphine haut dosage (n=1), l'Oxycotin® (n=1) et la 3-MMC (n=1), un nouveau produit de synthèse. Cela se retrouve au niveau de l'enquête nationale, qui annonce comme fait marquant l'augmentation de la part d'Oxycodone en 2022. De même, la 3-MMC a fait son apparition en France il y a quelques années, mais est citée pour la première fois au niveau local au cours de l'enquête de 2022.

Enfin, l'âge moyen de la première consommation est de 16,5 ans ($\pm 4,8$) et reste stable au cours des années, autant pour l'enquête du CEIP de Poitiers que pour l'enquête nationale.

3. PREMIER PRODUIT PSYCHOTROPE AYANT ENTRAÎNÉ UNE DÉPENDANCE

La première substance psychoactive à l'origine d'une dépendance est un produit illicite dans 92,5 % des cas (90 % pour l'enquête nationale). L'héroïne reste la substance la plus citée comme responsable de dépendance. En effet, elle concerne 50 % des sujets autour de Poitiers, mais aussi au niveau de l'enquête nationale. Pour 36,3 % des patients, le cannabis est à l'origine de leur première dépendance, et enfin pour 5 % d'entre eux, c'est la cocaïne qui en est responsable. On retrouve les mêmes tendances dans l'enquête nationale. Dans l'enquête menée en local, on observe, depuis 2020, une diminution de la part de l'héroïne (51,2 % en 2021 et

59,8 % en 2020) et une augmentation de la part du cannabis (37,3 % en 2021 et 24,4 % en 2020).

Les médicaments sont peu cités puisqu'ils ne représentent que 7,5 % des substances ayant entraîné une dépendance (10 % pour l'enquête nationale). On retrouve en majorité les médicaments opiacés non codéinés (n=8) et les Benzodiazépines (n=3).

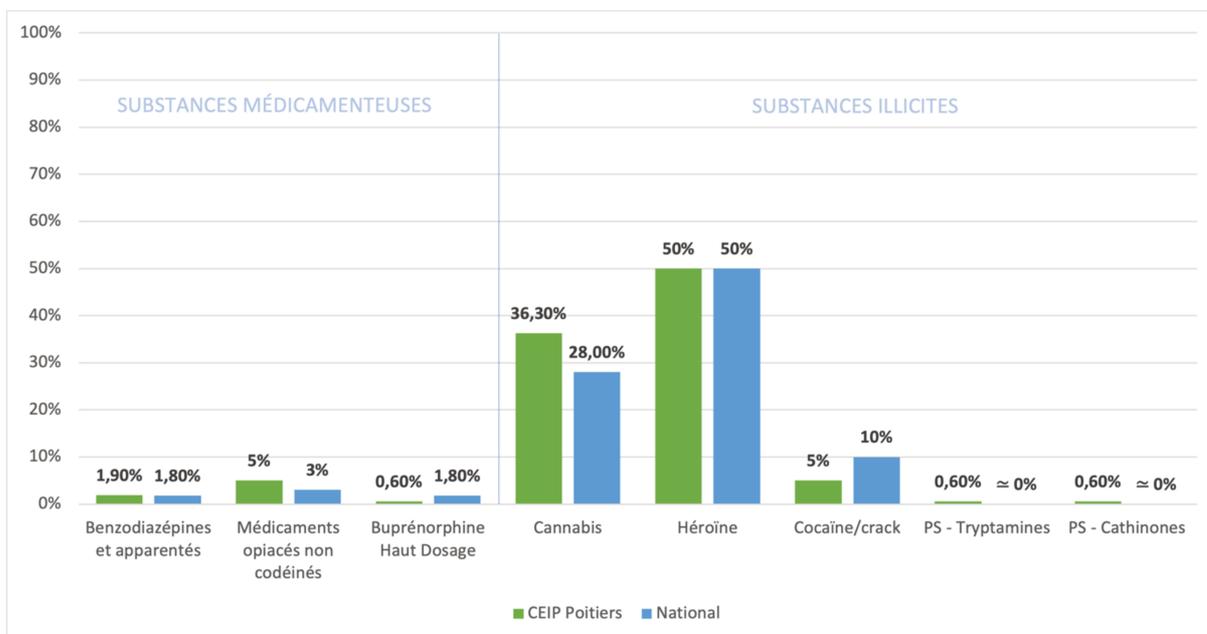


Figure 10 : Principales substances psychoactives à l'origine d'une dépendance

Pour l'année 2022 au niveau local, on note trois nouveautés : l'apparition de Benzodiazépines (Alprazolam, Lexomil et Temesta), de la 3-MMC (n=1) et de LSD (n=1). C'est plutôt en corrélation avec l'enquête nationale puisqu'il a été notifié une augmentation du nombre de citations de l'alprazolam entre 2021 et 2022, passant de 5 à 13 fois.

Pour finir, l'âge de la première dépendance est en moyenne de 20,4 ans ($\pm 4,8$), chiffre confirmé par l'enquête nationale avec une moyenne d'âge de 20,9 ans ($\pm 7,3$).

4. VOIES D'ADMINISTRATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

En 2022 en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin, on estime à 8,3 % la part de sujets consommant des substances psychoactives par voie IV (contre 9 % au niveau national), à 10,1 % par voie nasale (contre 24 % au niveau national), et à 13,8 % par voie inhalée (contre 20 % au niveau national).

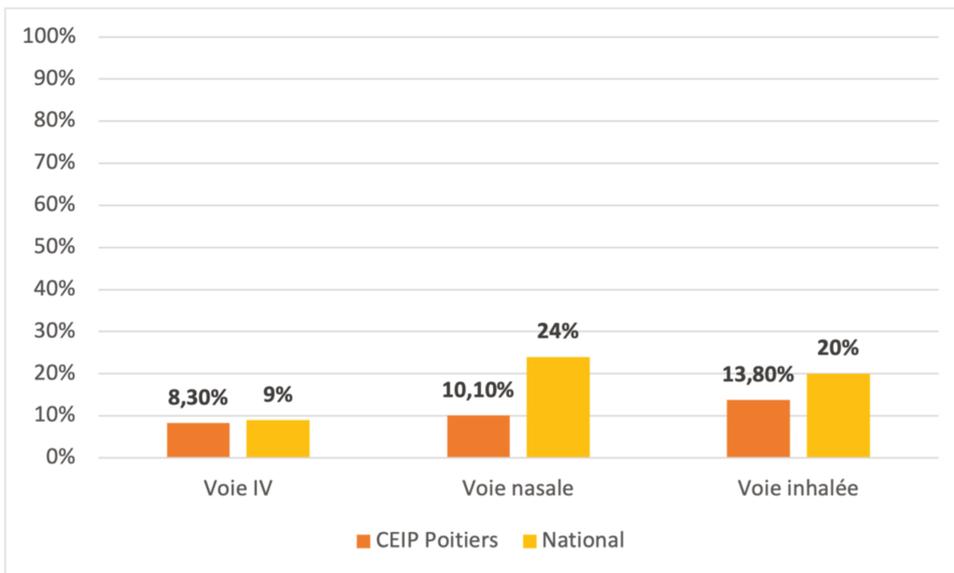


Figure 11 : Voies d'administration des substances psychoactives

a) Voie IV

Parmi les substances injectées, la cocaïne et la BHD sont les plus fréquemment signalées (n=4), suivies de l'héroïne (n=3), de la 3-MMC (n=2), et enfin de la morphine et du méthylphénidate (n=1). L'enquête nationale répertorie ces mêmes substances dans un ordre différent : cocaïne > héroïne > morphine > BHD > 3-MMC. En ce qui concerne l'enquête du CEIP de Poitiers, la part des SPA injectées constituée par les médicaments s'élève à 40 %, contre 31 % au niveau national.

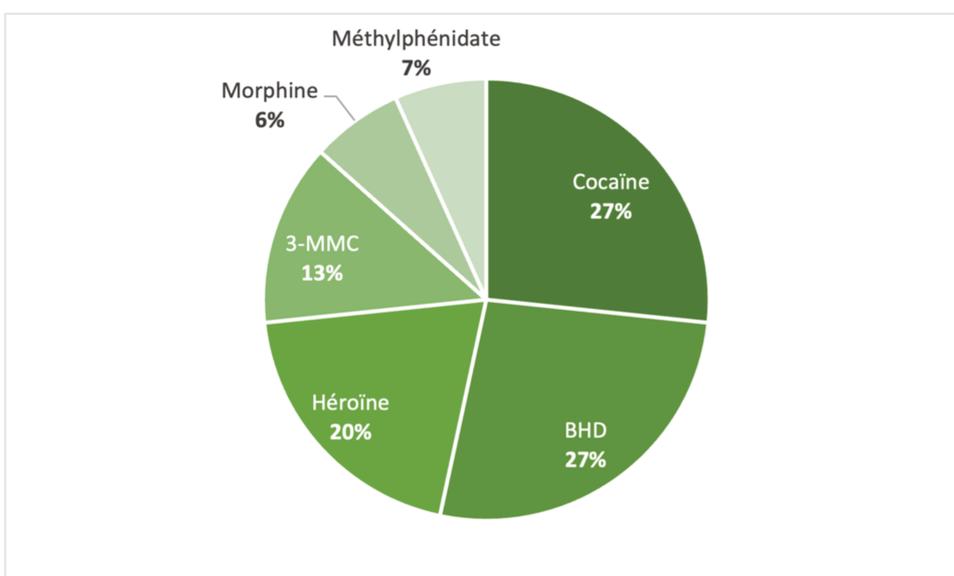


Figure 12 : Répartition des substances psychoactives consommées par voie IV (Enquête CEIP Poitiers 2022)

b) Voie nasale

Les principales substances sniffées sont la cocaïne (n=10), l'héroïne (n=5), la BHD (n=3) ainsi que la kétamine et la 3-MMC (n=1). On observe la même tendance au niveau de l'enquête nationale. Au niveau local, les médicaments représentent 20 % des SPA sniffées, contre 15 % pour l'enquête nationale.

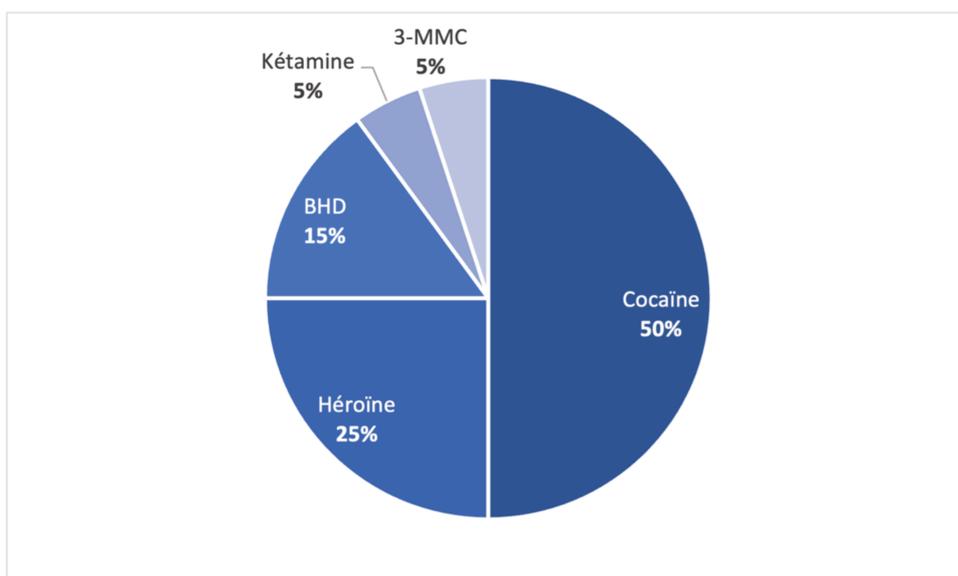


Figure 13 : Répartition des substances psychoactives consommées par voie nasale (Enquête CEIP Poitiers 2022)

c) Voie inhalée (hors cannabis)

Tant au niveau national qu'autour de Poitiers, la cocaïne (n=20), l'héroïne (n=7) et le CBD (n=2) arrivent en tête des SPA inhalées. En France, les médicaments représentent 3,8 % des SPA inhalées tandis qu'aucun médicament inhalé n'a été recensé sur le territoire du CEIP de Poitiers en 2022.

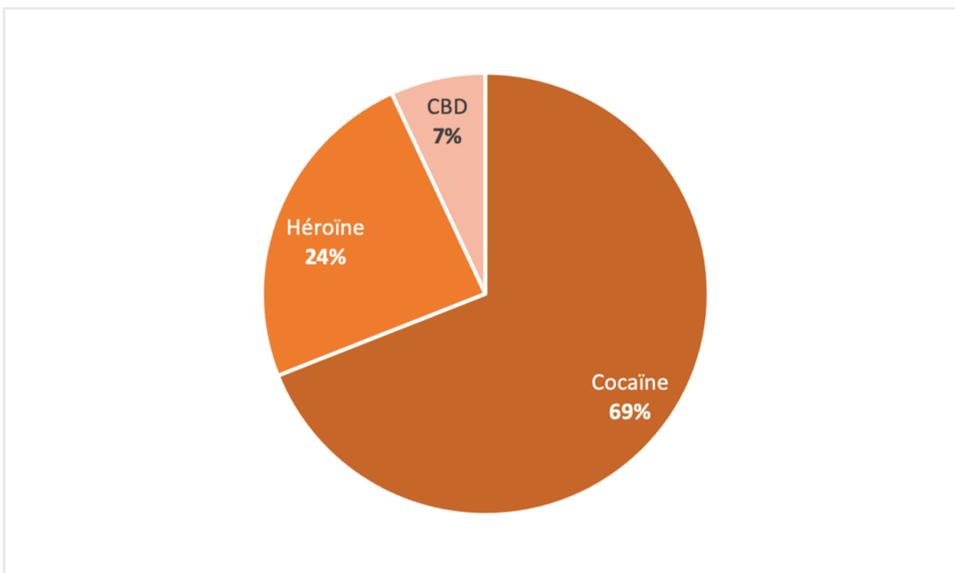


Figure 14 : Répartition des substances psychoactives consommées par voie inhalée (Enquête CEIP Poitiers 2022)

d) Autres voies d'administration

Autour de Poitiers, un utilisateur de 3-MMC indique la consommer à la fois sous forme de parachute et sous forme de plug. Ces deux méthodes sont respectivement signalées 13 et 5 fois au cours de l'enquête nationale.

5. CONSOMMATION TABAGIQUE ET DÉPENDANCE ALCOOLIQUE

L'enquête de 2022 au niveau local révèle que 94 % des sujets ont une consommation associée de tabac, fumant pour la majorité d'entre eux entre 10 et 20 cigarettes par jour. L'enquête nationale suit cette tendance avec 90 % de fumeurs.

Il est intéressant de suivre la consommation tabagique des patients participants à l'enquête, car les cigarettes contiennent de la nicotine, elle-même responsable d'une dépendance. Par conséquent, on remarque que la plupart des patients dépendants à une substance psychoactive sont également dépendants au tabac. De plus, on va aussi s'intéresser aux interactions qui existent entre la fumée de cigarette et les substances psychoactives consommées. En effet, la fumée du tabac contient des hydrocarbures aromatiques polycycliques responsables d'une induction enzymatique hépatique. [52]

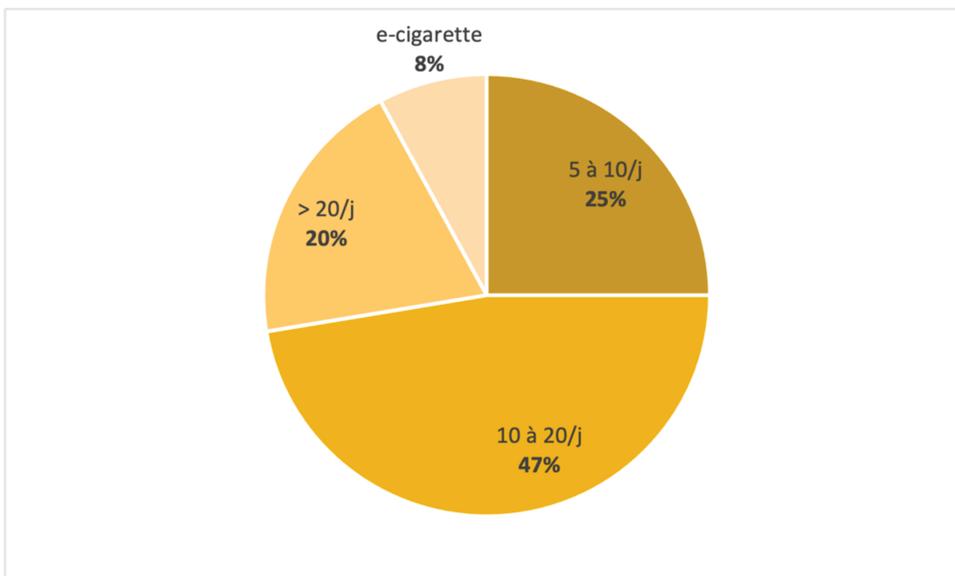


Figure 15 : Répartition des sujets selon le nombre de cigarettes fumées par jour (Enquête CEIP Poitiers 2022)

On note également que 35,1 % des sujets ont une dépendance alcoolique, en plus de leur consommation de produit psychoactif. De même, au niveau de l'enquête nationale, on compte 30 % de sujets dépendants alcooliques. Cependant, ce chiffre est en constante augmentation depuis la première enquête où l'on était autour de 20 %.

On s'intéresse à la consommation alcoolique chez les patients participant à l'enquête, car l'alcool est une substance pouvant être à l'origine d'une dépendance, mais également d'interactions avec les autres substances psychoactives consommées. En effet, lors d'une consommation chronique d'alcool, on retrouve un effet inducteur enzymatique, mais, à l'inverse, lors d'une forte consommation ponctuelle d'alcool, on retrouve un effet inhibiteur enzymatique, pouvant provoquer un surdosage aux substances psychoactives associées. [53]

6. CONNAISSANCE ET ACCÈS À LA NALOXONE

Selon l'enquête réalisée par le CEIP de Poitiers, 69 % des sujets ont connaissance de la mise à disposition d'un kit de Naloxone auprès des usagers en prévention d'un surdosage aux opioïdes, ce qui est en diminution par rapport à 2021 (71,6 %). On peut tout de même estimer qu'en local, la communication sur le sujet est plus efficace puisqu'à l'échelle nationale, seulement 51 % des participants ont connaissance de ce dispositif.

Parmi les consommateurs d'opioïdes au sein de l'enquête du CEIP de Poitiers, seulement 33,9 % ont un kit à disposition au moment du questionnaire (contre 39,2 % en 2021) et 2,4 %

s'en sont servi au cours de l'année (contre 3,7 % en 2021). En ce qui concerne l'enquête nationale, on reste encore en dessous avec 30 % de sujets ayant un kit à disposition.

Ces chiffres restent trop faibles et montrent une marge de progression importante. Ils appellent donc les professionnels de santé à davantage diffuser l'information.

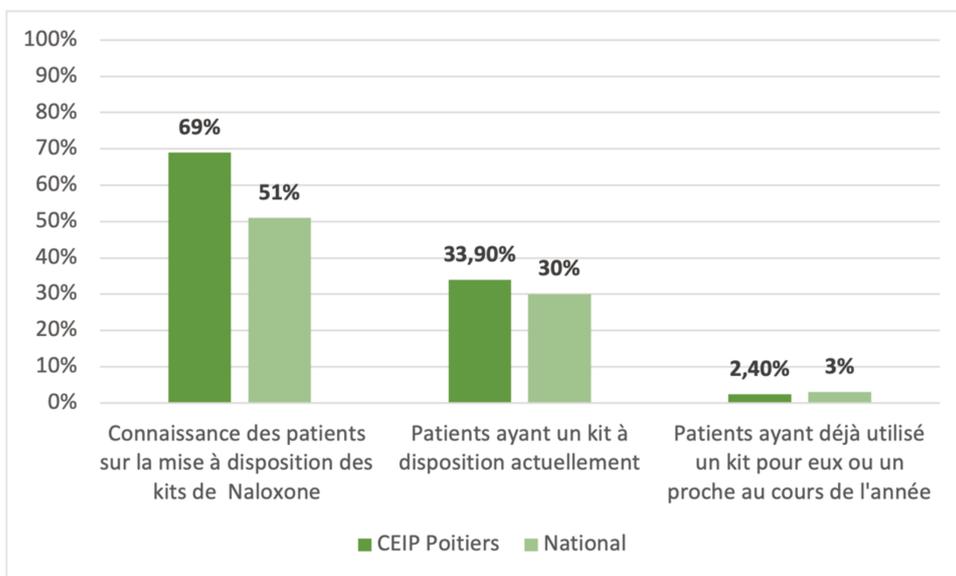


Figure 16 : Connaissance et accès à la Naloxone

C. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ILLICITES

En 2022, comme nous pouvons le voir sur le diagramme ci-dessous, le cannabis demeure la substance illicite la plus consommée, que ce soit en local (35,5 % des sujets) ou au niveau national (36 % des sujets). La cocaïne/le crack occupe la 2^{ème} place avec 19,5 % de consommateurs en local (contre 30 % au niveau national). Enfin, l'héroïne est consommée par 8,3 % des sujets en local et 14 % au niveau national. Il est à noter qu'en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin, les produits de synthèse arrivent en 4^{ème} position (2,4 % de consommateurs).

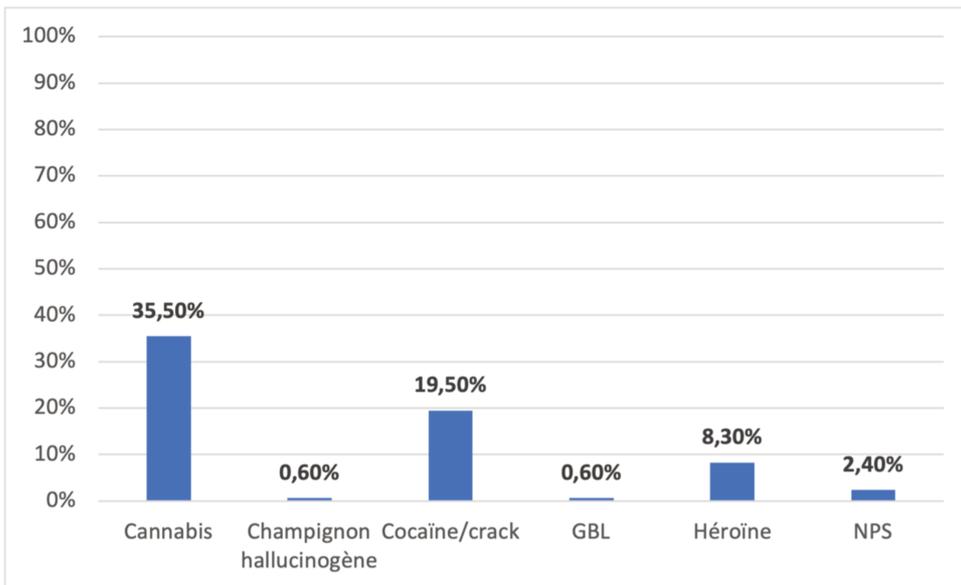


Figure 17 : Substances illicites consommées en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022

1. CONSOMMATION DE CANNABIS

La consommation de cannabis se stabilise, malgré des variations au cours des années, aussi bien en local (35,5 % en 2022, 39 % en 2021 et 19,5 % en 2020), qu’au niveau national. Parmi les consommateurs de cannabis autour de Poitiers, 57,6 % disent en consommer quotidiennement, et 47,3 % se considèrent dépendants de la substance. En outre, 100 % de sujets consomment le cannabis par voie inhalée, et 40 % ont une consommation associée d’alcool.

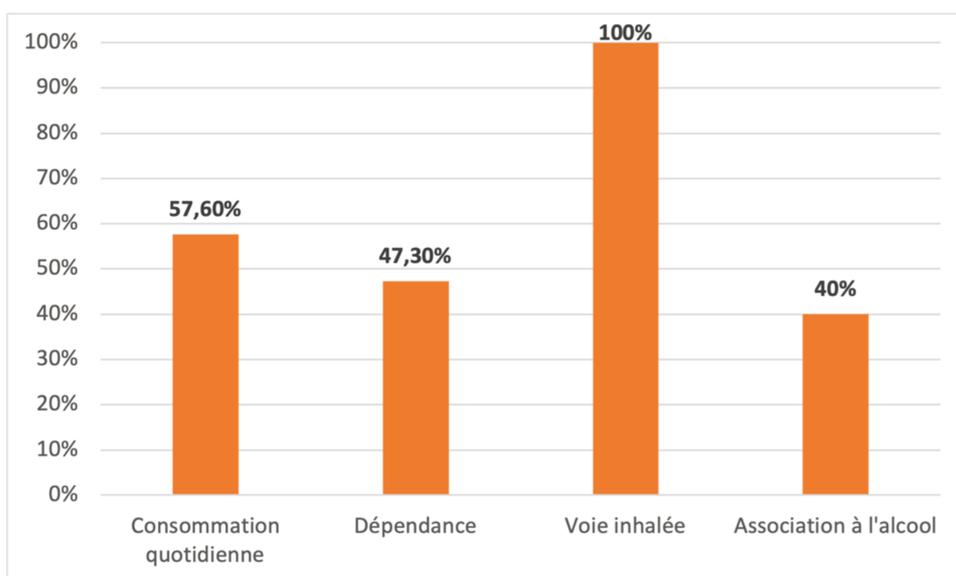


Figure 18 : Description de la consommation de cannabis (Enquête CEIP Poitiers 2022)

Selon un rapport de l'OFDT, le fait que le cannabis soit la substance illicite la plus consommée s'explique par sa facilité d'accès. En effet, à l'adolescence, 67,1 % des usagers disent obtenir gratuitement leur cannabis, que ce soit via un don d'un proche ou par partage d'une consommation. La 2^{ème} source d'obtention est l'achat à un proche pour 56,9 % des consommateurs, et enfin, certains s'en procurent auprès d'un dealer. De plus, 7,2 % des usagers déclarent cultiver eux-mêmes leur cannabis pour une consommation personnelle. Le cannabis reste également la drogue la plus abordable sur le point financier. Depuis 2010, on a pu observer une augmentation de son prix (herbe et résine), plus ou moins justifiée par l'augmentation de la teneur moyenne en THC. Pour autant, le prix reste abordable puisqu'il faut compter entre 8 et 10 € pour 1 gramme de cannabis. Pour finir, le cannabis a une image de drogue douce et sans danger pour beaucoup de personnes. En 2018, près d'un Français sur deux (48 %) estime que le cannabis est dangereux dès la première consommation. Ce chiffre descend à 33 % lorsque l'on pose la question à des personnes ayant déjà consommé. [54]

2. CONSOMMATION DE COCAÏNE

Si la consommation de cocaïne est stable au niveau local (19,5 % en 2022, 20,9 % en 2021 et 18 % en 2020), elle est en nette augmentation au niveau national en 2022. Parmi les consommateurs de cocaïne du territoire concerné par l'enquête, 14,3 % en consomment quotidiennement, et 32,4 % en sont dépendants. La voie d'administration la plus utilisée est l'inhalation (58,3 %), suivie de la voie nasale (27,8 %) et de la voie IV (11,1 %). Enfin, 30,6 % des sujets ont une consommation concomitante d'alcool.

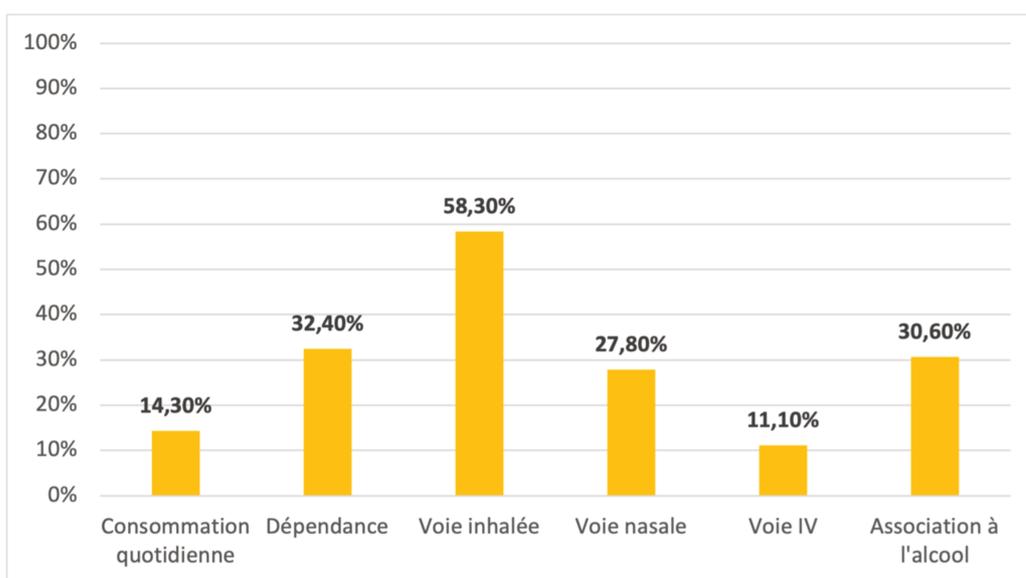


Figure 19 : Description de la consommation de cocaïne (Enquête CEIP Poitiers 2022)

Selon un rapport de l'OFDT, la production de cocaïne en Amérique du Sud augmente de manière considérable ces dernières années, et tout particulièrement en Colombie, qui est le principal fournisseur de cocaïne pour le marché européen, ce qui explique que l'on retrouve de plus en plus de cocaïne en France. D'ailleurs, les saisies effectuées en France atteignent un niveau record avec 27,7 tonnes saisies en 2022. On remarque également une diversification des routes empruntées pour faire entrer la cocaïne sur le sol français métropolitain puisque de plus en plus, les Antilles et la Guyane française sont utilisées comme zone de transit. De plus, le prix de la cocaïne pure aurait diminué de plus de 37 % entre 2011 et 2019. En effet, la cocaïne se vend sensiblement au même prix depuis 2010 (soit une soixantaine d'euros pour 1 gramme) mais avec les années, on aperçoit une importante augmentation de la pureté de cette drogue. Enfin, même si 76 % des Français estiment que la cocaïne est dangereuse dès la première consommation, cette drogue continue d'avoir une image positive et festive dans certains cercles. [55]

3. CONSOMMATION D'HÉROÏNE

La consommation d'héroïne est en diminution au sein de l'ancien Poitou-Charentes et de l'ancien Limousin (8,3 % en 2022, 14,4 % en 2021 et 15,8 % en 2020), tandis qu'elle reste stable au niveau national. Parmi les consommateurs d'héroïne, 7,1 % en consomment quotidiennement et 46,2 % se disent dépendants de l'héroïne. La principale voie d'administration utilisée est l'inhalation (46,7 %), suivie de la voie nasale (33,3 %) et de la voie IV (20 %). Enfin, 35,7 % des sujets consomment de l'alcool en association avec l'héroïne.

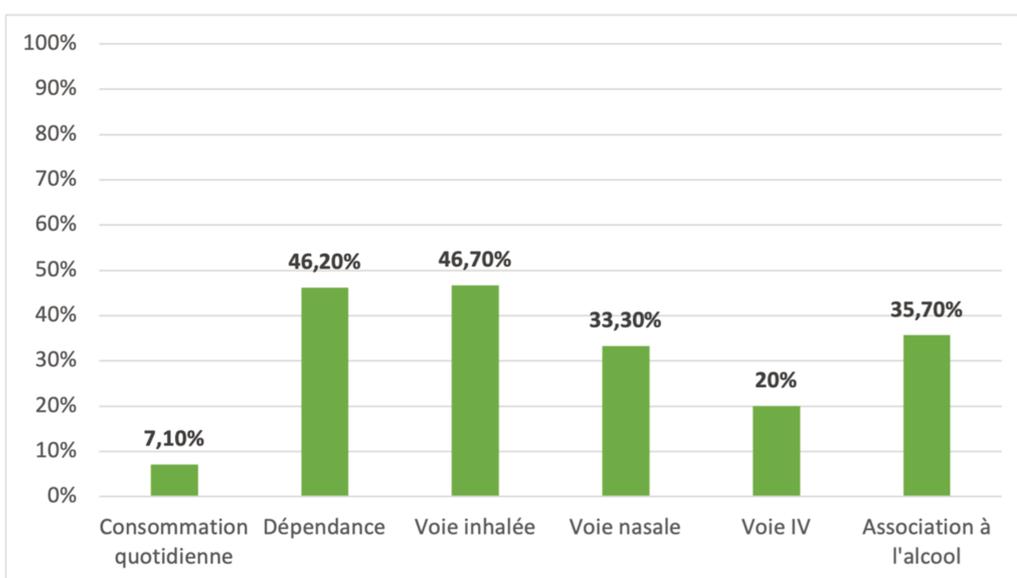


Figure 20 : Description de la consommation d'héroïne (Enquête CEIP Poitiers 2022)

4. CONSOMMATION DE PRODUITS DE SYNTHÈSE

En 2022, dans la région autour de Poitiers, on note l'apparition de la 3-MMC, une nouvelle drogue de synthèse de la famille des Cathinones. Cette drogue est déjà retrouvée à l'échelle nationale depuis quelques années et commence même à se faire remplacer par la 3-CMC, une molécule proche de la 3-MMC. Dans la plupart des cas, ces substances sont consommées dans le cadre du domaine récréatif, par voie orale ou nasale, voire injectable. Les effets recherchés par leurs consommateurs sont l'euphorie, la stimulation et la libido. Des évaluations des risques ont été menées par un comité scientifique de l'EMCDDA en novembre 2021. Ainsi, le Système d'alerte précoce de l'Union européenne a signalé que la 3-MMC et la 3-CMC sont respectivement responsables de 27 et 10 décès au moment des évaluations, précipitant leur inscription sur la liste des stupéfiants. [56]

Ainsi, en 2022 au cours de l'enquête, on recense deux consommateurs de 3-MMC. Ce sont deux hommes, âgés de 24 et 32 ans. Dans les deux cas, les patients ont un mode de vie stable puisqu'ils ont une activité professionnelle permettant un revenu régulier et un logement stable. Pour l'homme de 24 ans, la 3-MMC est sa première substance psychoactive consommée. Sa consommation a débuté à l'âge de 22 ans et il dit en être devenu dépendant aussitôt. Il décrit une consommation hebdomadaire, variant les voies d'administration (voie nasale, voie IV, parachute, plug) et se procurant la substance par deal ou via internet. Il consomme également du GBL de manière hebdomadaire, mais n'en est pas dépendant. Quant à l'homme de 32 ans, il a débuté sa consommation de substances psychoactives à l'âge de 15 ans, par du cannabis. Au moment de l'enquête, il ne consomme que de la 3-MMC depuis quelques années déjà, de manière occasionnelle par voie IV, et s'en procure par deal. Le patient décrit des symptômes de souffrance à l'arrêt et se dit dépendant à la substance.

Le GBL a également fait son apparition en 2022, uniquement pour notre patient de 24 ans décrit ci-dessus. Il s'agit d'un solvant industriel précurseur du GHB. Sa consommation entraîne donc les mêmes effets que le GHB, c'est-à-dire une relaxation, une désinhibition et une euphorie. Progressivement, le GBL remplace le GHB du fait de son accès facilité et de son faible coût. Aujourd'hui, le GBL n'est pas interdit dans le domaine de l'industrie, contrairement à la vente au grand public qui, elle, est interdite depuis 2011. [57] Dans le cadre de l'enquête, le patient décrit une consommation simple, hebdomadaire, et par voie orale.

Enfin, on observe également une stabilisation de la consommation de LSD et d'ecstasy, ainsi qu'une disparition des amphétamines et de MDMA.

Pour ce qui est de l'enquête nationale, 4,9 % des sujets disent avoir consommé au moins une drogue de synthèse en 2022. La consommation des anciens produits de synthèse (ecstasy, LSD et amphétamines), ainsi que des Cathinones est stable. Cependant, la consommation de nouveaux produits de synthèse a augmenté (1,5 %). De plus, sept nouveaux produits ont fait leur apparition en 2022 : 3-CMC (n=8), Pyrovalérone (n=1), 4F-MPH (n=1), 2F-DCK (n=1), 2C-I (n=1), HHC (n=3) et CBM.

D. CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

1. GÉNÉRALITÉS

Au cours de l'enquête du CEIP de Poitiers menée en 2022, on observe que 82,2 % des participants suivent un protocole de substitution, marquant ainsi une baisse par rapport aux années précédentes (83,6 % en 2021 et 91 % en 2020). Les résultats de l'enquête nationale révèlent une proportion de patients sous protocole de substitution plus faible, soit 69 %.

Bien que la proportion de personnes sous Méthadone ait une tendance à la baisse, ce traitement reste majoritairement prescrit (71,2 % en 2022). En revanche, la prescription de BHD, toutes spécialités confondues, augmente et atteint 27,3 % en 2022. Enfin, la prescription de Suboxone® reste relativement stable à 1,4 % (n=2). L'enquête nationale suit la même tendance avec 71 % de sujets sous Méthadone, 26 % sous BHD et 2 % sous Suboxone®.

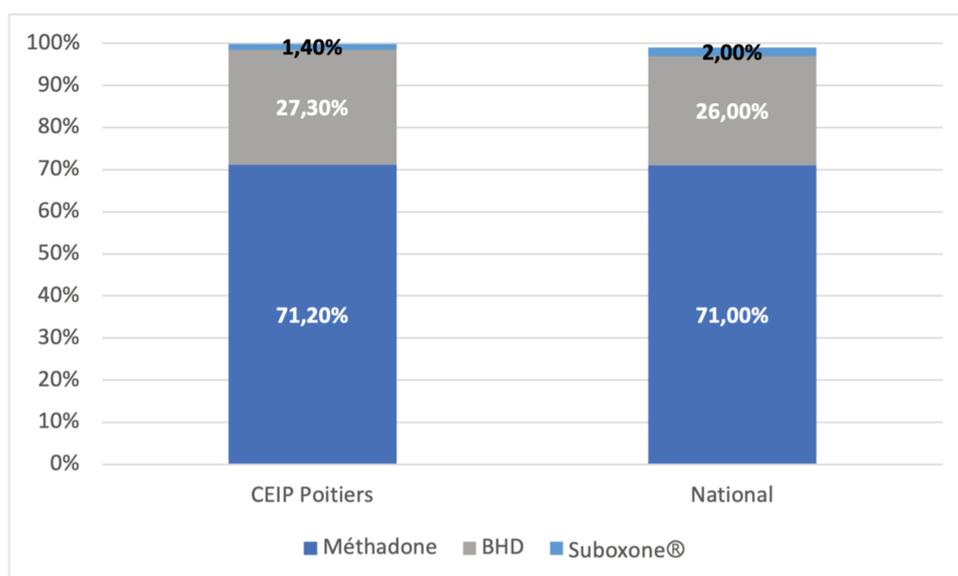


Figure 21 : Répartition des sujets selon le TSO consommé

Nous allons maintenant nous intéresser aux données obtenues concernant le mésusage des TSO, répertoriées dans le tableau ci-après :

Tableau 1 : Caractéristiques de consommation des TSO sous protocole en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022

		Méthadone (n=99)	BHD (n=38)	Suboxone® (n=2)
Mode d'administration	<i>Voie orale</i>	100 %	91,9 %	100 %
	<i>Voie nasale</i>	0 %	8,1 % (↗)	0 %
	<i>Voie IV</i>	0 %	10,8 % (↘)	0 %
Fréquence de prise	<i>Prise occasionnelle</i>	0 %	2,6 %	0 %
	<i>Prise hebdomadaire</i>	0 %	0 %	0 %
	<i>Prise quotidienne</i>	100 %	97,4 %	100 %
Dose moyenne quotidienne		79,1 mg (±51)	10,3 mg (±5,6)	10 mg (±2,8)
Dose > à l'AMM		0 %	8,8 %	0 %
Obtention illégale		6,1 % (↘)	5,3 % (↘)	0 %
Prise concomitante d'alcool		29,9 % (↘)	21,1 % (↗)	50 %
Consommations associées	<i>BZD et apparentés</i>	8,1 % (↗)	18,4 % (↗)	0 %
	<i>Héroïne</i>	12,1 % (↘)	2,6 % (↘)	0 %
	<i>Morphine</i>	1 %	2,6 %	0 %

2. CONSOMMATION DE MÉTHADONE

Au cours de l'enquête, on remarque une hausse de l'utilisation de Méthadone gélule (44,6 % en 2022, 38,5 % en 2021 et 28,1 % en 2020), et donc à l'inverse, une diminution de la consommation de Méthadone sirop (25,9 % en 2022, 33,8 % en 2021 et 43,8 % en 2020).

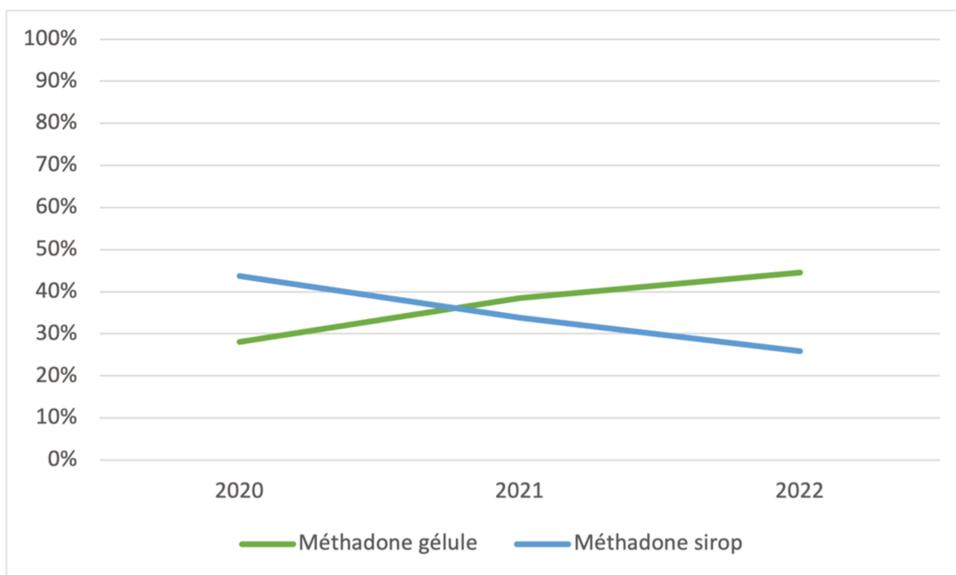


Figure 22 : Évolution de la consommation de Méthadone (gélule et sirop) entre 2020 et 2022 (Enquête CEIP Poitiers 2022)

D'après le tableau ci-dessus, la Méthadone semble être un TSO relativement peu détourné. En effet, la totalité des sujets la consomment par voie orale et respectent la prise quotidienne du traitement, et enfin, même si elle est obtenue illégalement dans 6,1 % des cas, ce chiffre est en déclin depuis 2020 (9,3 % en 2021 et 7,9 % en 2020). Cependant, on remarque que certains consommateurs l'utilisent en association avec des substances déconseillées. En effet, 29,9 % des sujets consomment de l'alcool, s'exposant ainsi à un risque de surdosage ou d'inefficacité du TSO selon la dose d'alcool ingérée. La consommation associée de BZD est en augmentation et concerne 8,1 % des sujets, pouvant induire une dépression respiratoire. Enfin, 12,1 % des sujets poursuivent leur consommation d'héroïne en parallèle, mais ce pourcentage est en diminution depuis 2020 (16,4 % en 2021 et 17,8 % en 2020). En 2022, seulement deux personnes consomment de la Méthadone hors protocole.

Si l'on s'intéresse à l'enquête nationale, on note une stabilisation voire une diminution de l'obtention illégale de Méthadone (9 % en 2022), aussi bien pour la forme gélule que sirop. C'est une bonne nouvelle, car depuis 2008, le taux d'obtention illégale avait tendance à augmenter. De plus, la consommation concomitante d'héroïne est stable (21 % en 2022). Pour finir, contrairement à ce que l'on observe au niveau local, la consommation par voie IV (n=14) et nasale (n=24) persiste.

Pour expliquer ces observations, nous pouvons nous appuyer sur une étude de l'OFDT abordant divers aspects de la perception des patients vis-à-vis de leur traitement de substitution. [58] Il en ressort que la Méthadone est réellement perçue comme un médicament, même si les patients décrivent des effets plus euphorisants que ceux de la BHD qui, elle, a davantage l'image d'une drogue que d'un médicament. Les patients estiment également ressentir une meilleure efficacité avec la Méthadone et la considèrent moins dangereuse, car elle permet d'échapper à l'injection. Le fait qu'elle soit moins détournée que la BHD peut s'expliquer par le fait que son initiation se fasse au sein d'un protocole d'accompagnement et de suivi rigoureux. En effet, elle est primo-prescrite uniquement en centre d'addictologie, impliquant plusieurs rendez-vous à honorer. Tant que le patient n'est pas stabilisé, il est contraint de se rendre quotidiennement au centre pour prendre son traitement. C'est un protocole assez contraignant, visant à limiter le détournement et surtout à améliorer la prise en charge du patient.

3. CONSOMMATION DE BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE

Parmi les spécialités retrouvées au cours de l'enquête menée au niveau local, le Subutex® occupe la première place, consommé par 55,3 % des sujets (n=21), suivi de la BHD générique par 39,5 % des sujets (n=15) et de l'Orobupré® par 5,3 % des participants (n=2).

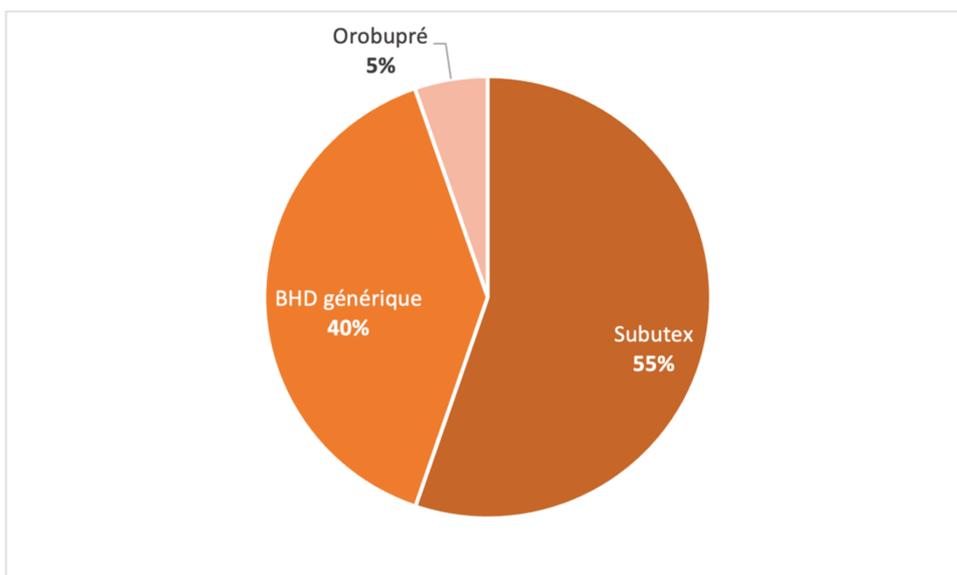


Figure 23 : Répartition des sujets selon la spécialité de Buprénorphine haut dosage consommée (Enquête CEIP Poitiers 2022)

En comparaison avec la Méthadone, on remarque que la BHD a tendance à être davantage détournée et/ou mésusée. Pour commencer, on constate une diversification des modes

d'administration, avec 91,9 % de sujets la consommant par voie orale, 10,8 % par voie IV et 8,1 % par voie nasale, dont on en observe l'émergence. Ensuite, les prises quotidiennes sont respectées par 97,4 % des sujets (une personne n'en consomme qu'occasionnellement). De plus, 8,8 % de sujets prennent des doses supérieures à l'AMM et la BHD est obtenue illégalement dans 5,3 % des cas. Ce dernier chiffre est en diminution depuis 2020 (5,7 % en 2021 et 12 % en 2020). Tout comme la Méthadone, la BHD est prise en association avec d'autres substances déconseillées : 21,1 % des sujets consomment de l'alcool et 18,4 % des BZD, risquant une détresse respiratoire. Ces consommations sont en augmentation depuis 2020. Enfin, seulement une personne consomme de l'héroïne et de la BHD, chiffre en diminution depuis 2020 (2,9 % en 2021 et 8 % en 2020). Aucune consommation hors protocole n'a été signalée en 2022.

Concernant l'enquête nationale, le principal point notable est la diminution de l'obtention illégale de BHD qui descend à 9 % en 2022, suivant ainsi la tendance observée au cours de l'enquête locale. On observe également une stabilisation des consommations associées de cannabis (23 %), d'héroïne (8 %) et de cocaïne/crack (20 %), ainsi qu'une diminution de la voie IV (6 % en 2022), tout comme au niveau local.

Toujours selon l'étude de l'OFDT concernant la perception des patients vis-à-vis de leur traitement de substitution [58], le Subutex® circulerait davantage dans les rues, car il est perçu par beaucoup comme une drogue. Les patients affirment que la BHD s'obtiendrait « facilement » auprès de certains médecins généralistes et serait trop facile à détourner. En effet, parmi les consommateurs se procurant le Subutex dans la rue, beaucoup se l'injectent ou le sniffent afin d'obtenir rapidement un effet de bien-être. Ainsi, le fait que la BHD soit davantage détournée peut s'expliquer par son accès facilité (médecin de ville) et son obtention pour plusieurs jours auprès des pharmacies d'officine. Se pose alors la question de la mise en place d'un protocole aussi encadré que celui de la Méthadone afin de réduire les détournements.

4. CONSOMMATION DE SUBOXONE®

La Suboxone® n'est consommée que par deux sujets semblant sérieux quant au suivi de leur protocole. En effet, on ne constate aucun mésusage, si ce n'est qu'un des deux sujets consomme de l'alcool avec son traitement.

Pour ce qui est de l'enquête nationale, le nombre de consommateurs de Suboxone® a largement diminué, passant de 105 et 100 personnes 2020 et 2021, à seulement 70 en 2022. Si l'on se penche sur les voies d'administration, on observe une baisse de l'utilisation de la voie

IV puisqu'en 2022, aucun patient ne s'est injecté sa Suboxone®. Cependant, on note l'émergence de la voie inhalée pour un sujet, et enfin, alors qu'en 2021, aucun patient n'avait consommé la Suboxone® par voie nasale, ils étaient au nombre de 5 en 2022.

E. ÉVALUATION DE L'ABUS ET DE LA DÉPENDANCE DES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS ET LEURS MODES D'OBTENTION

Au sein du groupe participant à l'enquête du CEIP de Poitiers, 89,3 % déclarent consommer au moins un médicament (TSO compris). Parmi les consommateurs de médicaments, 23,2 % reconnaissent en avoir consommé dans le cadre d'un abus ou d'un détournement : 15,9 % admettent avoir obtenu illégalement leur médicament, 12,8 % consomment des doses supérieures à l'AMM et 4,3 % consomment des doses deux fois supérieures à l'AMM (Figure 24). La prise de doses supérieures à l'AMM a tendance à diminuer tandis que l'obtention illégale est en augmentation. Pour finir, le pourcentage d'abus et de détournement reste stable.

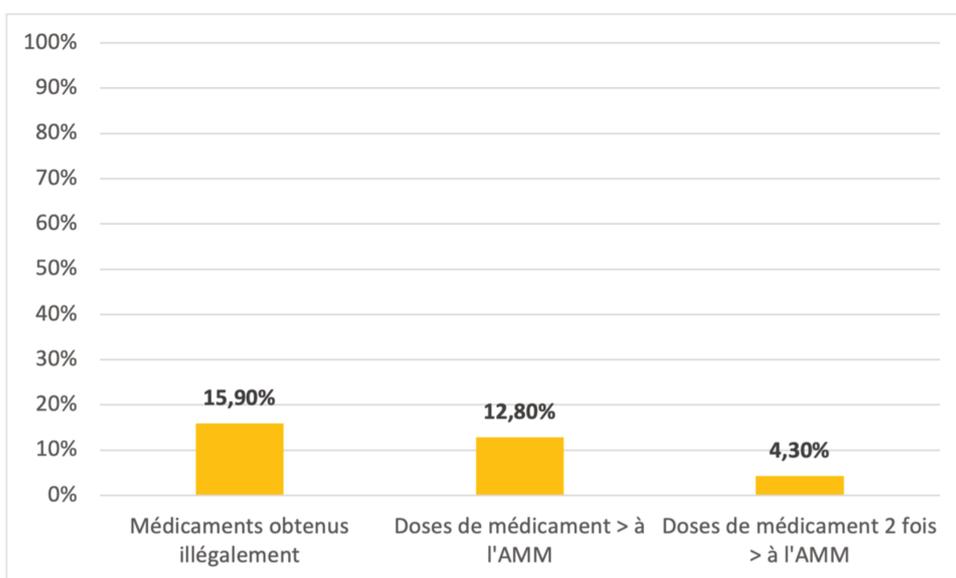


Figure 24 : Abus et dépendance des médicaments psychoactifs (Enquête CEIP Poitiers 2022)

1. LES BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS

a) *Utilisation des BZD et apparentés*

(1) Description des consommateurs de BZD et apparentés

Les BZD sont consommées par 12,4 % des sujets (n=21), ce qui représente une hausse en 2022 (8,5 % en 2021 et 8,3 % en 2020). L'enquête nationale révèle qu'en 2022, 18 % des participants sont des consommateurs de BZD et apparentés et que cette consommation est stable depuis plusieurs années.

Parmi les consommateurs de BZD en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin, on observe une répartition équitable entre hommes et femmes. L'âge moyen des consommateurs de BZD est de 41,2 ans.

(2) Répartition des BZD et apparentés consommés

Les BZD les plus citées au cours de l'enquête sont :

- Le Seresta® (45 %) dont on observe une nette augmentation en 2022 puisqu'il ne représentait que 15 % des BZD citées en 2021 et 16 % en 2020 ;
- L'Alprazolam générique (18 %) qui connaît une hausse en 2022 par rapport aux années précédentes, où le princeps (Xanax®) était majoritairement mentionné ;
- Le Diazépam (générique n=1 et Valium® n=3) consommé par 19 % des sujets.

On note également l'absence de consommation de Zolpidem et Zopiclone en 2022.

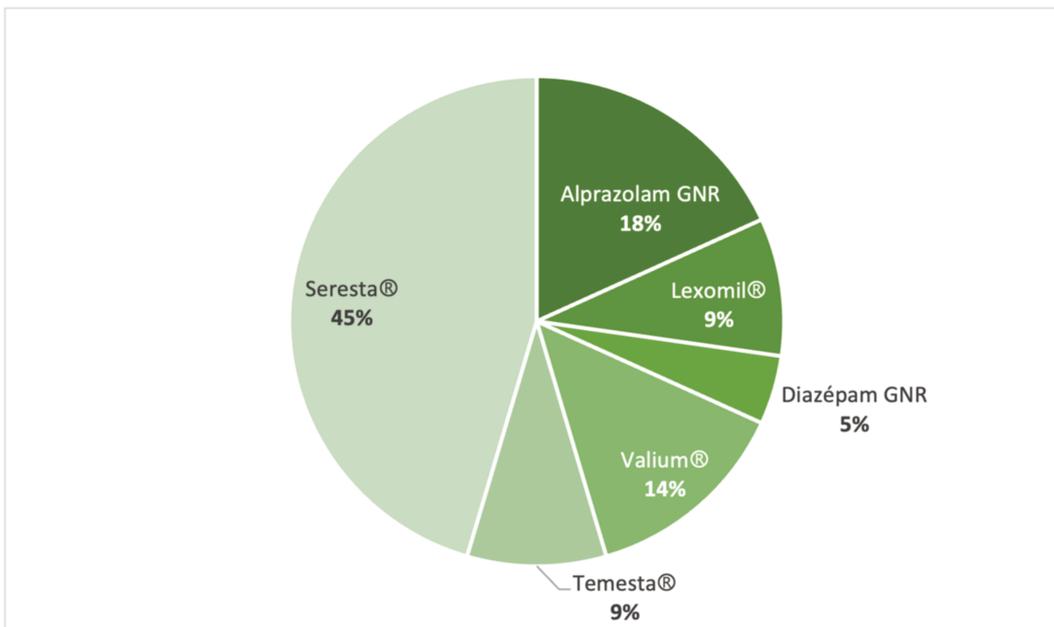


Figure 25 : Répartition des sujets selon la spécialité de BZD consommée (Enquête CEIP Poitiers 2022)

Concernant l'enquête nationale, les deux BZD qui représentent la majorité des BZD consommées sont le Diazépam (27 %) et l'Oxazépam (25 %). Cependant, contrairement à ce qui a été observé au niveau local, au niveau national le Zopiclone arrive en troisième position dans le palmarès des 10 BZD et apparentés les plus consommés en 2022, avec 11 % de consommateurs.

b) Indicateurs de détournement

En se basant sur les modalités de consommation des BZD retrouvées au cours de l'enquête, on peut mettre en évidence, dans le tableau suivant, les BZD pour lesquelles on retrouve le plus d'indicateurs de détournement d'usage. Les chiffres colorés en rouge indiquent la ou les BZD ayant le plus haut pourcentage pour l'indicateur de détournement donné. En revanche, la ou les BZD présentant le pourcentage le plus faible pour chaque indicateur de détournement sont colorées en vert.

Tableau 2 : Indicateurs de détournement d'usage des Benzodiazépines en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022

	Dose > 2 AMM	Souffrance à l'arrêt	Abus/dépendance	Obtention illégale	Prise concomitante d'alcool
<i>Seresta®</i> (n=10)	<u>11,1 %</u>	50 %	<u>100 %</u>	60 %	33,3 %
<i>Alprazolam</i> (n=4)	<u>0 %</u>	<u>33,3 %</u>	<u>66,7 %</u>	75 %	<u>100 %</u>
<i>Diazépam</i> (n=3)	<u>0 %</u>	<u>33,3 %</u>	<u>66,7 %</u>	<u>0 %</u>	33,3 %
<i>Lorazépam</i> (n=2)	<u>0 %</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>0 %</u>
<i>Bromazépam</i> (n=2)	<u>0 %</u>	50 %	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>0 %</u>

Ainsi, la BZD ayant le plus d'indicateurs de détournement d'usage est le Lorazépam, suivi du Seresta® et du Bromazépam. Bien sûr, ces résultats ne sont pas parfaitement représentatifs, car ils sont extraits d'un petit échantillon. À l'échelle nationale, c'est le Clonazépam qui rassemble le plus d'indicateurs de détournement, même s'il est peu consommé. Le Bromazépam, le Diazépam, le Zolpidem et l'Oxazépam ont plusieurs indicateurs de détournement importants par rapport aux autres BZD.

En effet, les BZD font partie des médicaments les plus mésusés et détournés, comme peut en témoigner l'enquête OSIAP de 2022. Grâce aux 3 629 ordonnances suspectes collectées, un classement des 10 médicaments les plus cités a été établi. L'Alprazolam, le Zolpidem, le Zopiclone et le Bromazépam arrivent respectivement en 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} positions. [59]

Le mésusage est un usage intentionnel et inapproprié d'un médicament, non-conforme à l'AMM ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques. [60]

Les BZD sont largement incriminées dans le phénomène de soumission chimique (SC). La SC est l'administration d'un médicament ou d'une drogue à l'insu d'une personne ou sous la menace, à des fins criminelles ou délictuelles (viol, agression, vol...). En effet, l'enquête Soumission chimique de 2021 révèle que dans 28 % des cas de SC, l'agresseur utilise une BZD, le Zopiclone étant le plus incriminé. [61]

Enfin, les BZD sont également détournées à des fins récréatives. Les comprimés peuvent être broyés puis sniffés ou injectés pour obtenir un effet flash, provoquant une euphorie et du bien-être au consommateur. Elles sont également utilisées pour diminuer les symptômes de sevrage d'autres produits psychoactifs, renforcer les effets d'autres dépresseurs (méthadone, héroïne...) ou encore apaiser la descente de produits stimulants. De toute évidence, ce mode de consommation est à risque d'overdose, d'autant plus lors d'une polyconsommation, où le risque de décès par dépression respiratoire est important. [33]

2. LES MÉDICAMENTS OPIOÏDES (HORS MSO)

a) *Utilisation des antalgiques opioïdes*

(1) Description des consommateurs d'antalgiques opioïdes

Les antalgiques opioïdes sont consommés par 3,6 % des participants en 2022. Ce chiffre est stable depuis plusieurs années (4 % en 2021 et 3,8 % en 2020). Au niveau national, c'est 4,4 % des sujets qui consomment des médicaments opioïdes.

Parmi les consommateurs d'opioïdes, 60 % sont des hommes. L'âge moyen de cette catégorie de consommateurs est de 48 ans.

(2) Répartition des antalgiques opioïdes consommés

Au cours de l'enquête réalisée par le CEIP de Poitiers, la Morphine est l'antalgique opioïde le plus cité, avec un consommateur d'Actiskenan® et un consommateur de Skénan®. L'Actiskenan® est mentionné pour la première fois en 2022 tandis que le Skénan® est en baisse (n=5 en 2021 et n=3 en 2020). Chacun des autres antalgiques n'est mentionné qu'une seule fois : Codéine en association, Oxycodone, Paracétamol en association avec de l'opium, et Tramadol.

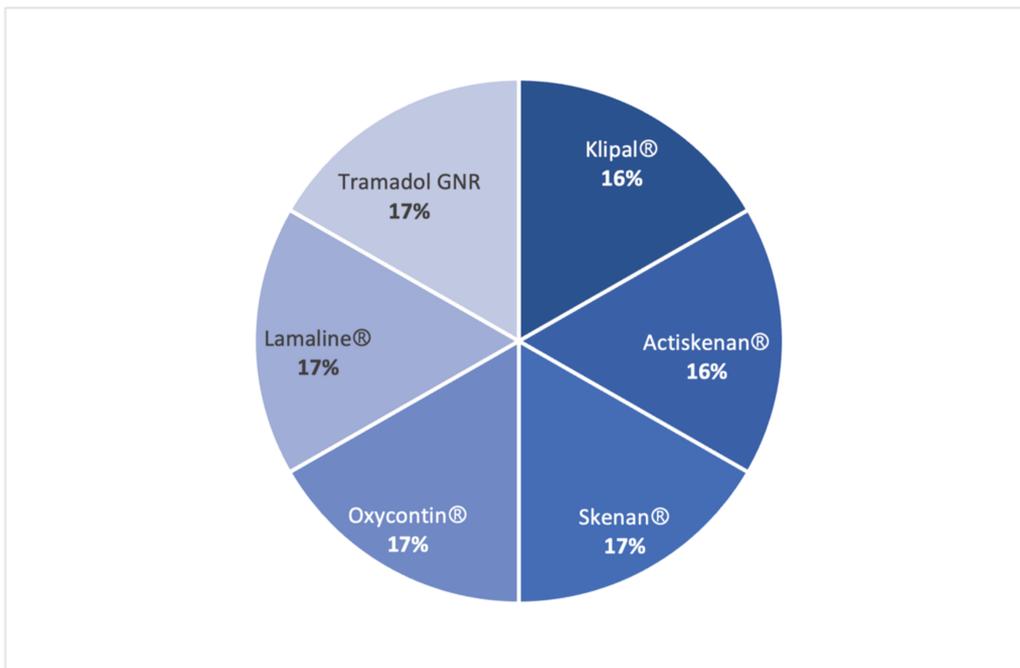


Figure 26 : Répartition des sujets selon la spécialité d'antalgique opioïde consommée (Enquête CEIP Poitiers 2022)

Au cours de l'enquête nationale, les mêmes observations sont faites puisque le principal médicament opioïde consommé est la Morphine (51 %). De plus, les autres principaux antalgiques opioïdes identifiés sont le Tramadol (21,6 %), la Codéine seule et en association (9,4 %), l'Oxycodone (8,6 %) et le Paracétamol en association avec de l'opium (4,5 %).

b) Indicateurs de détournement

Le tableau ci-dessous rassemble les différents indicateurs de détournement d'usage retrouvés pour chaque antalgique opioïde.

Tableau 3 : Indicateurs de détournement d'usage des antalgiques opioïdes en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022

	Dose > 2 AMM	Souffrance à l'arrêt	Abus/dépendance	Obtention illégale	Prise concomitante d'alcool
<i>Morphine (n=2)</i>	Pas de dose max	50 % n'a jamais arrêté	<u>100 %</u>	50 %	<u>50 %</u>
<i>Oxycodone (n=1)</i>	Pas de dose max	<u>0 %</u>	<u>0 %</u>	<u>100 %</u>	<u>0 %</u>
<i>Paracétamol + opium (n=1)</i>	<u>0 %</u>	<u>0 %</u>	<u>0 %</u>	<u>100 %</u>	<u>0 %</u>
<i>Codéine (n=1)</i>	<u>0 %</u>	<u>0 %</u>	<u>100 %</u>	<u>0 %</u>	<u>0 %</u>
<i>Tramadol (n=1)</i>	<u>0 %</u>	<u>100 % n'a jamais arrêté</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>0 %</u>

On constate donc que le Tramadol et la Morphine sont les opioïdes qui regroupent le plus grand nombre d'indicateurs de détournement. Au niveau de l'enquête nationale, on remarque une stabilisation des indicateurs de détournement d'usage pour le Tramadol, l'Oxycodone et la Codéine. Cependant, une augmentation de la souffrance à l'arrêt du Tramadol (67,9 %) est tout de même pointée du doigt.

En effet, les antalgiques opioïdes font partie des médicaments mésusés, abusés et détournés. Selon l'enquête OSIAP de 2022, le Tramadol (seul ou en association) est retrouvé dans 17,3 % des ordonnances suspectes et se place en seconde place du classement. La Codéine antitussive arrive en 3^{ème} position et la Codéine en association avec du paracétamol est en 5^{ème} position du classement des médicaments les plus cités au cours de l'enquête. [59]

Les opioïdes licites font également partie des substances utilisées pour la soumission chimique, selon l'enquête Soumission chimique de 2021, 9 % des soumissions chimiques incriminent les opioïdes licites. [61]

On a également observé un usage détourné de médicaments contenant de la codéine chez les adolescents et les jeunes adultes. Cette pratique est connue sous le nom de « purple drank » ou « lean ». Il s'agit d'une boisson fabriquée à base de Codéine, de Prométhazine (un antihistaminique) et de soda. Les premiers cas ont été observés en France en 2013. À la suite

de la découverte de cas graves d'abus et d'utilisations détournées de médicaments antitussifs, ainsi que de deux décès liés à la pratique du « purple drank », tous les médicaments contenant de la Codéine, du Dextrométhorphane, de l'Éthylmorphine ou de la Noscapine ont changé de législation en 2017. Désormais, ils sont disponibles seulement sur ordonnance. [41]

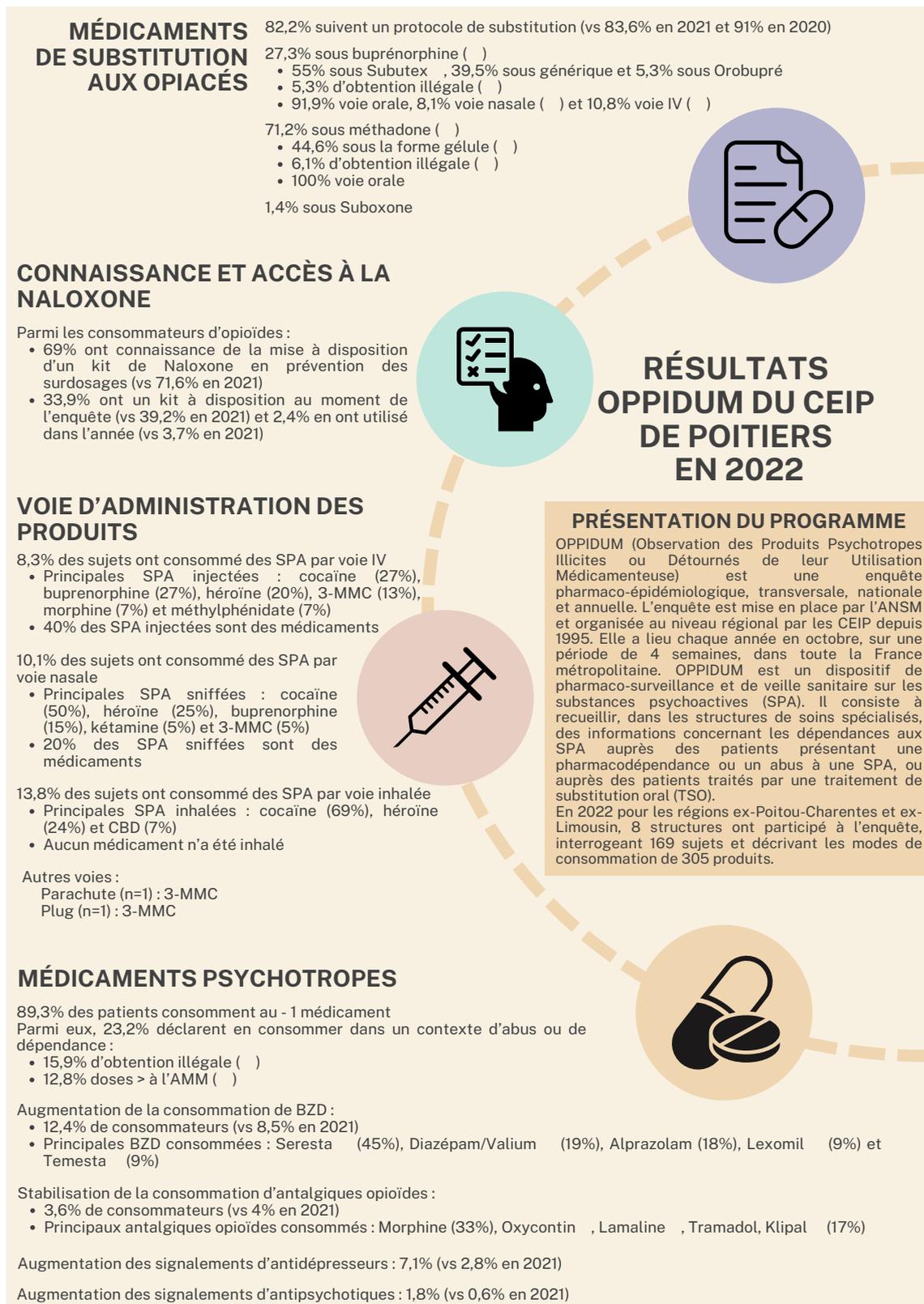
3. AUTRES SIGNAUX

Autres points à soulever :

- Une augmentation des signalements d'antidépresseurs, atteignant 7,1 % en 2022 (2,8 % en 2021 et 3 % en 2020). On observe également l'apparition de la Sertraline (n=4), de la Mirtazapine (n=3) et de la Duloxétine (n=1).
- Une hausse des signalements d'antipsychotiques, qui atteint 1,8 % en 2022 (0,6 % en 2021 et 0,8 % en 2020). L'Aripiprazole fait également son apparition (n=1).
- Enfin, on note 3 autres nouveautés en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin en 2022 : Baclocur® (n=1), Naltrexone (n=1) et Quasym® (n=1).

CONCLUSION

Au fil des années, l'enquête OPPIDUM a permis de révéler l'évolution des consommations de substances psychoactives. Ainsi, l'affiche ci-après récapitule les informations à souligner pour l'année 2022 en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin.

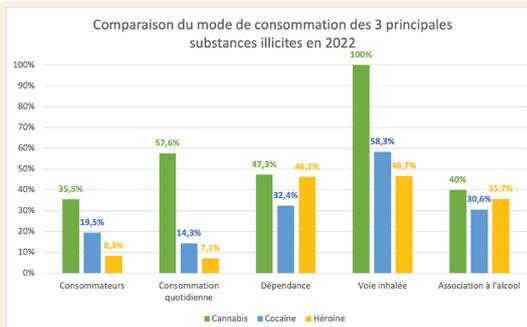


STABILISATION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

35,5% de consommateurs (vs 39% en 2021 et 19,5% en 2020)

Parmi les consommateurs de cannabis :

- 57,6% ont une consommation quotidienne
- 47,3% sont dépendants
- 40% l'associent à l'alcool



STABILISATION DE LA CONSOMMATION DE COCAÏNE

19,5% de consommateurs (vs 20,9% en 2021 et 18% en 2020)

Parmi les consommateurs de cocaïne :

- 14,3% ont une consommation quotidienne
- 32,4% sont dépendants
- Principales voies d'administration : inhalation (58,3%), puis sniff (27,8%) et injection (11,1%)
- 30,6% l'associent à l'alcool



DIMINUTION DE LA CONSOMMATION D'HÉROÏNE

8,3% de consommateurs (vs 14,1% en 2021 et 15,8% en 2020)

Parmi les consommateurs d'héroïne :

- 7,1% ont une consommation quotidienne
- 46,2% sont dépendants
- Principales voies d'administration : inhalation (46,7%), puis sniff (33,3%) et injection (20%)
- 35,7% l'associent à l'alcool



FOCUS SUR CERTAINS PRODUITS



STABILISATION DE LA CONSOMMATION DE DROGUES DE SYNTHÈSE

- 2,4% de consommateurs
- NPS consommés en 2022 : LSD (n=1), ecstasy (n=1) et 3-MMC (n=2)



FAITS MARQUANTS

PREMIÈRES CONSOMMATIONS DE 3-MMC

- 2 sujets en ont consommé en 2022, dans le cadre d'une dépendance
- Voie d'administration : nasale (n=1), IV (n=2), parachute (n=1) et plug (n=1)

Au niveau national, la 3-MMC a déjà été repérée depuis quelques années, et commence même à être supplantée par la 3-CMC. Ces substances ont été inscrites sur la liste des stupéfiants en 2021, suite à leur implication dans plusieurs décès.

PREMIÈRES CONSOMMATIONS DE CBD

- 2 sujets en ont consommé en 2022, au quotidien pour l'un, et de manière occasionnelle pour l'autre
- Voie inhalée pour les 2 sujets
- Obtention via internet (n=1), par dons (n=1) et en vente libre (n=1)

Ces données semblent être une bonne base sur laquelle le pharmacien d'officine peut s'appuyer afin d'améliorer son conseil au comptoir et de surveiller au mieux les substances pour lesquelles un risque d'abus et de détournement a été recensé. En effet, le pharmacien d'officine a son rôle à jouer dans l'addictovigilance puisqu'il participe à l'enquête OSIAP deux fois par an, afin de déceler les médicaments faisant l'objet d'ordonnances falsifiées.

Annexe 1 :



I – Comment participer à OPPIDUM ?

<i>Quels sujets ?</i>	<i>Quelles consommations décrire ?</i>
<ul style="list-style-type: none">Les sujets présentant une pharmacodépendance ou un abus à une substance psychoactive (médicaments, substances illicites ou autres)Les sujets consommateurs de traitement de substitution aux opiacés. <p>Il n'est pas nécessaire de remplir le questionnaire auprès :</p> <ul style="list-style-type: none">Des sujets qui présentent un abus ou dépendance au tabac et/ou à l'alcool exclusivement (sans abus/dépendance à une autre substance psychoactive).Des sujets qui ne consomment des produits psychoactifs que dans le cadre d'un usage simple (sauf si consommation de traitement de substitution aux opiacés).	<p>Toutes les substances psychoactives <u>consommées dans la semaine précédente</u>, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none">celles arrêtées depuis (mais consommés il y a moins de 7 jours);celles consommées occasionnellement,celles consommées dans le cadre d'un usage simple ;celles pour lesquelles un sevrage est en cours (mais toujours consommées). <p>Il n'est pas nécessaire de décrire :</p> <ul style="list-style-type: none">Les consommations de tabac ou d'alcool.Les médicaments prescrits le jour même (le patient n'a pas encore commencé leur consommation).Les substances psychoactives pour lesquelles 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

► Age _____ ans

► Sexe M F

► Vie en couple Oui Non

► Enfant(s) à charge Oui Non

► Niveau d'étude

1 Primaire Collège / CAP / BEP Lycée / BAC Supérieur

2 **Grossesse en cours** Oui Non

3 **Activité professionnelle** Oui Non

4 **Logement stable** Oui Non

5 **Ressources**

Grande précarité Précarité avec prestation(s) sociale(s) Revenus réguliers

6

7

ET

Tabac, Alcool

► Dépendance alcoolique Oui Non

► Consommation de tabac (cigarette ou e-cigarette) Oui Non

⇒ Si OUI, préciser le nombre de cigarettes fumées par jour : 1-10 11-20 > 20 e-cigarette

Naloxone

8 Avez-vous connaissance d'une mise à disposition d'un kit de naloxone auprès des usagers en prévention des surdosages aux opioïdes ? Oui Non

9 En avez-vous à disposition actuellement ? Oui Non

► En avez-vous utilisé pour vous ou un proche cette année ? Oui Non

ET

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

Indications par item :

1	Niveau d'étude	Indiquer le plus haut niveau atteint.
2	Activité professionnelle	Renseigner la situation pour la semaine précédente . 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, ASS¹ .
7	<input type="checkbox"/> Revenus réguliers	Salaires, allocation chômage, indemnités journalières, aide familiale, etc.
8	Avez-vous connaissance d'une mise à disposition d'un kit de naloxone auprès des usagers ?	Renseigner si le patient a connaissance qu'il existe des kits de naloxone (qu'il en ait ou non à disposition)
9	En avez-vous à disposition actuellement ?	Renseigner si le patient a un kit de naloxone sur lui/chez lui

CEIP oppidum ansm

Enquête n°34 du lundi 03 octobre au dimanche 20 octobre 2022

Temps de service (autres postes à remplir) :

Cette enquête est strictement anonyme. Son objectif est de recueillir l'avis de la communauté de professionnels psychopharmaceutiques. Il est donc indispensable de ne pas donner de nom de personne ou de nom de structure. Le questionnaire sera traité de manière anonyme.

Merci de votre participation :

Données socio-économiques

► Age _____ ans

► Sexe M F

► Vie en couple Oui Non

► Enfant(s) à charge Oui Non

► Niveau d'étude

Primaire Collège / CAP / BEP Lycée / BAC Supérieur

► Grossesse en cours Oui Non

► Activité professionnelle Oui Non

► Logement stable Oui Non

► Ressources

Grande précarité Précarité avec prestation(s) sociale(s) Revenus réguliers

Tabac, alcool

► Dépendance alcoolique Oui Non

► Consommation de tabac (cigarette ou e-cigarette) Oui Non

⇒ Si OUI, préciser le nombre de cigarettes fumées par jour : 1-10 11-20 > 20 e-cigarette

Naloxone

Avez-vous connaissance d'une mise à disposition d'un kit de naloxone auprès des usagers en prévention des surdosages aux opioïdes ? Oui Non

En avez-vous à disposition actuellement ? Oui Non

En avez-vous utilisé pour vous ou un proche cette année ? Oui Non

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

Codeur 2022 OPPIDUM - Enquête 34 CEP-Addictologie

PAGE 1

¹ RSA : Revenu minimum d'insertion/ de solidarité active, AAH : Allocation Adulte Handicapé, ASS : Allocation Spécifique de Solidarité

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 générique: indiquer BHD générique)
- 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 ① puis décrire sa consommation dans la partie ② 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 :

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (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

① SPÉCIFIER LE TSO CONSOMMÉ ACTUELLEMENT

10 Protocole de substitution Oui Non (Si NON aller page suivante)
⇨ Si « OUI », lequel ? (1 seule réponse)

↓

Méthadone ⇨ Préciser la forme galénique :
 sirop inconnue/autre ⇨ Préciser :
 gélule **11**

Buprénorphine haut-dosage [BHD]. ⇨ Préciser :

12 Inconnue
 Subutex® BHD générique
 Orobupr®
 Buvidal®
 Suboxone® BHD/Naloxone générique

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

2 TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (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

② DÉCRIRE 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 :
 sirop inconnue/autre ⇨ Préciser :
 gélule

Buprénorphine haut-dosage [BHD]. ⇨ Préciser :

Inconnue
 Subutex® BHD générique
 Orobupr®
 Buvidal®
 Suboxone® BHD/Naloxone générique

Autre médicament (en tant que TSO) ⇨ Préciser :

PAGE 2

■ Indications par item :

10	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
11	inconnue/autre ⇨ Préciser :		A cocher si on ignore quelle forme de méthadone le sujet consomme (gélule ou sirop)
12	Inconnue		A cocher si on ignore quelle spécialité de BHD le sujet consomme (Subutex® ou générique ou autre BHD).
13	Autre médicament (en tant que TSO)		A renseigner seulement si le patient consomme actuellement dans le cadre d'une substitution aux opiacés.

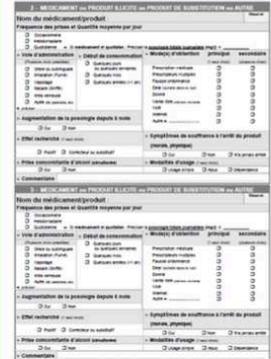
IV - aide au remplissage des fiches « produit » n° 2 à 5

■ 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 - MÉDICAMENT ou PRODUIT ILLICITE ou PRODUIT DE SUBSTITUTION ou AUTRE																									
Nom du médicament/produit :			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) = 14																									
▶ Voie d'administration (Plusieurs choix possibles) <input type="checkbox"/> Orale ou sublinguale <input type="checkbox"/> Inhalation (Fumé) <input type="checkbox"/> Vapotage <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 (>1 an) 15	▶ Mode(s) d'obtention (1 seul choix) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>principal</th> <th>secondaire</th> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prescription médicale</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prescripteurs multiples</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fausse ordonnance</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deal (acheté dans la rue)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Donné</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vente libre (pharmacie, commerce)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volé</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Internet</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre ⇒</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	principal	secondaire	16		<input type="checkbox"/> Prescription médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prescripteurs multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fausse ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deal (acheté dans la rue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Donné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vente libre (pharmacie, commerce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Volé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre ⇒	<input type="checkbox"/>	
principal	secondaire																								
16																									
<input type="checkbox"/> Prescription médicale	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Prescripteurs multiples	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Fausse ordonnance	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Deal (acheté dans la rue)	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Donné	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Vente libre (pharmacie, commerce)	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Volé	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Autre ⇒	<input type="checkbox"/>																								
▶ Augmentation de la posologie depuis 6 mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																									
▶ Effet recherché (1 seul choix) 19 <input type="checkbox"/> 20 Positif <input type="checkbox"/> 21 Correcteur ou substitutif																									
▶ Prise concomitante d'alcool (simultanée) 22 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																									
▶ Modalités d'usage (1 seul choix) 23 <input type="checkbox"/> Usage simple <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Dépendance																									
▶ Commentaire																									



PAGES 3 et 4

■ Indications par item :

14	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 (<i>ex</i> : <i>nb de comprimés, nb de gouttes...</i>) 						
15	Début de consommation	Si le sujet a arrêté puis repris sa consommation, indiquer la date de reprise.						
16	[mode d'obtention] secondaire	Un ou plusieurs choix ; à ne renseigner que si nécessaire au vu de la situation décrite.						
17	Prescripteurs multiples	Recours simultané à plusieurs prescripteurs dans le but de se faire prescrire un même médicament . (pratique parfois appelée « <i>doctor shopping</i> » ou « <i>polyprescription</i> »).						
18	Vente libre	Pour les médicaments vendus sans ordonnance , et pour les produits vendus dans le commerce .						
19	Effet recherché	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">20</td> <td style="width: 25%;">Positif</td> <td style="width: 70%;">Produit pris pour son effet propre, sans référence à un autre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">21</td> <td>Correcteur Substitutif</td> <td>Produit pris pour améliorer les signes désagréables d'un autre produit Produit pris pour remplacer les effets d'un autre</td> </tr> </table>	20	Positif	Produit pris pour son effet propre , sans référence à un autre	21	Correcteur Substitutif	Produit pris pour améliorer les signes désagréables d'un autre produit Produit pris pour remplacer les effets d'un autre
20	Positif	Produit pris pour son effet propre , sans référence à un autre						
21	Correcteur Substitutif	Produit pris pour améliorer les signes désagréables d'un autre produit Produit pris pour remplacer les effets d'un autre						
22	Prise concomitante d'alcool	Si recherche d'un effet spécifique en associant l'alcool à ce produit, systématiquement ou non.						
23	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 cliniquement 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].

BIBLIOGRAPHIE

[1] « Addictovigilance », Addictovigilance. Consulté le: 5 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/>

[2] « Abus de médicaments », Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le: 1 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/abus-de-medicaments>

[3] « Définition et facteurs favorisant l’addiction », Ameli. Consulté le: 1 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants>

[4] « Usage détourné d’un médicament », Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le: 1 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/usage-detourne-d-un-medicament>

[5] « CSAPA », Intervenir-addictions. Consulté le: 6 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/>

[6] « Les Consultations jeunes consommateurs (CJC), une aide aux jeunes et à leur entourage », Drogues Info Service. Consulté le: 6 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage>

[7] « Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) », Addictions-france. Consulté le: 6 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/dispositifs/consultations-jeunes-consommateurs-cjc/>

[8] « La réduction des risques », Drogues Info Service. Consulté le: 7 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/La-reduction-des-risques>

[9] « Analyse des rapports d’activité annuels standardisés-CAARUD », OFDT. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-02/RA-ASA-CAARUD-2017.pdf>

[10] « L’aide spécialisée ambulatoire », Drogues Info Service. Consulté le: 8 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/L-aide-specialisee-ambulatoire>

[11]« Les soins en milieu carcéral », CRIAVS Picardie. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://www.criavs-picardie.org/app/uploads/2023/11/fiche_21_les_soins_en_milieu_carceral_2.pdf

[12]« Substance psychoactive – Lexique », Infodrog. Consulté le: 1 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/substance-psychoactive.html>

[13]A. Arrestier, « Cannabis sativa: Quel avenir en thérapeutique? », Thèse, Université Clermont Auvergne, 2019.

[14]« Drogues et addictions, chiffres clés 2022 », OFDT, 2022, Consulté le: 2 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/drogues-et-addictions-chiffres-cles/drogues-et-addictions-chiffres-cles-9eme-edition-2022/>

[15]« Cannabis - Synthèse des connaissances », OFDT. Consulté le: 4 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>

[16]« Le dico des drogues - Cannabis », Drogues-info-service. Consulté le: 4 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cannabis>

[17]« Peut-on faire un bad trip avec du cannabis ? », Drogues Info Service. Consulté le: 4 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-questions-les-plus-frequentes-sur-le-cannabis/Peut-on-faire-un-bad-trip-avec-du-cannabis>

[18]« La cocaïne », CAMH. Consulté le: 20 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-cocaine>

[19]« Cocaïne », Addiction Suisse. Consulté le: 20 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cocaine/>

[20]« Carte d'identité de la cocaïne », OFDT. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-11/field_media_document-4629-doc_num--explnum_id-12312-.pdf

[21]« Le dico des drogues - Cocaïne », Drogues Info Service. Consulté le: 20 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Cocaine>

[22]« Cocaïne et crack - Synthèse des connaissances », OFDT. Consulté le: 20 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cocaine-et-crack/>

[23]« Injection de poudre de cocaïne et de crack : Étapes à suivre pour une préparation et une injection à moindres risques », CATIE. Consulté le: 20 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/injection-de-poudre-de-cocaine-et-de-crack-etapes-a-suivre-pour-une-preparation-et-une-injection-a>

[24]A. Daveluy *et al.*, « Le parachute : forme à libération immédiate ou prolongée ? », *Therapies*, vol. 72, n° 1, p. 148, févr. 2017, doi: 10.1016/j.therap.2016.11.008.

[25]« Cocaïne et crack: fiche drogue », emcdda. Consulté le: 20 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/coca%C3%AFne-et-crack-fiche-drogue_fr#

[26]« Résultats DRAMES 2022 », Addictovigilance. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/2024/05/Resultats-DRAMES-2022.pdf>

[27]« Héroïne: fiche drogue », emcdda. Consulté le: 21 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin_fr

[28]« L'héroïne », CAMH. Consulté le: 21 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l%e2%80%99h%c3%a9ro%c3%afne>

[29]« Le dico des drogues - Héroïne », Drogues Info Service. Consulté le: 21 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Heroine>

[30]F. Pourchon, « Histoire de l'héroïne », ASUD. Consulté le: 21 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.asud.org/2013/01/23/histoire-5/>

[31]« Héroïne », Intervenir-addictions. Consulté le: 21 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/les-produits/heroine/>

[32]V. Bianchi et S. El Anbassi, *Médicaments*, 2e éd. in Prépa pharma. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur, 2018.

[33]« Le dico des drogues - Benzodiazépines », Drogues Info Service. Consulté le: 25

septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Benzodiazepines>

[34]R. Carval, « Mésusage des benzodiazépines en France », Thèse, Université Caen Normandie, 2020.

[35]P. Dorosz, D. Vital Durand, et C. Le Jeune, *Guide pratique des médicaments*, 42e éd. Paris: Maloine, 2022.

[36]« Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé : échelle ECAB ». HAS, octobre 2007. Consulté le: 25 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/arret_des_bzd_-_echelle_ecab.pdf

[37]« Flumazénil : substance active à effet thérapeutique », VIDAL. Consulté le: 25 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/flumazenil-4136.html>

[38]« CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte », Le-crat. Consulté le: 25 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.le-crat.fr/sommaireFR.php>

[39]« Meddispar - Accueil », Meddispar. Consulté le: 2 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.meddispar.fr/>

[40]« Le dico des drogues - Opioïdes », Drogues Info Service. Consulté le: 27 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Opioides>

[41]E. Mozon, « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques ». ANSM, février 2019. Consulté le: 27 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france>

[42]« Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », Haute Autorité de Santé. Consulté le: 12 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution

[43]« Addictions », Ameli. Consulté le: 1 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions>

[44] « Dépendance et circuit de la récompense », Aidedrogue. Consulté le: 1 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.aidedrogue.ca/la-dependance/quest-ce-que-la-dependance/>

[45] « Classifications des conduites addictives », Addictions France. Consulté le: 1 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>

[46] « Le dico des drogues - Méthadone », Drogues Info Service. Consulté le: 12 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Methadone>

[47] « Le dico des drogues - Buprénorphine Haut Dosage (BHD) », Drogues Info Service. Consulté le: 13 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Buprenorphine-Haut-Dosage-BHD>

[48] « RCP Suboxone », Commission européenne. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220718156455/anx_156455_fr.pdf

[49] « Naloxone-Antidote des surdoses aux opioïdes », Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/naloxone-fichememo-pros-maj-janv2022.pdf>

[50] « Naloxone.fr », Naloxone.fr. Consulté le: 8 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <http://naloxone.fr/>

[51] « Surdosage aux opioïdes : VENTIZOLVE, nouvelle spécialité de naloxone disponible sans ordonnance », VIDAL. Consulté le: 8 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/30553-surdosage-aux-opioides-ventizolve-nouvelle-specialite-de-naloxone-disponible-sans-ordonnance.html>

[52] « Interactions médicamenteuses avec la fumée du tabac », RQESR. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.rqesr.ca/stock/fra/Drug-InterACTIONS-with-Tobacco-Smoke-FR-9x12-Print-FINAL.pdf>

[53] « Médicaments et alcool », VIDAL. Consulté le: 1 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/alimentation-problemes-sante/medicaments->

[54] « Cannabis - Synthèse des connaissances », OFDT. Consulté le: 9 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>

[55] « Cocaïne et crack - Synthèse des connaissances », OFDT. Consulté le: 9 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cocaine-et-crack/>

[56] « European Commission adopts measures to control two harmful new drugs amidst health concerns and surge in supply | www.euda.europa.eu », EMCCDA. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://www.euda.europa.eu/news/2022/3/european-commission-adopts-measures-control-two-harmful-new-drugs_en

[57] C. Gérome, C. Chevallier, et C.-A. de Paris, « Surdoses de GHB/GBL : mise en perspective et état des lieux des données récentes », *OFDT*, avr. 2018, [En ligne]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3837-doc_num--explnum_id-26978-.pdf

[58] « Les traitements de substitution vus par les patients », OFDT. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-00790560/document>

[59] « Résultats nationaux de l'enquête OSIAP 2022 », Addictovigilance. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/2024/03/Resultats-nationaux-de-lenquete-OSIAP-2022.pdf>

[60] « Mésusage », Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le: 25 septembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/mesusage>

[61] « Résultats enquête nationale Soumission chimique », Addictovigilance. Consulté le: 6 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/2024/01/Soumission-chimique-2021.pdf>

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

L'enquête OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est une enquête pharmaco-épidémiologique, transversale, nationale et annuelle. Elle est mise en place par l'ANSM et organisée au niveau régional par les CEIP. Le questionnaire OPPIDUM est soumis à chaque patient traité sous TSO, ou présentant une pharmacodépendance ou un abus à une substance psychoactive, et se présentant en structure de soins spécialisés en addictologie durant la période de l'enquête.

Cette enquête est un dispositif de pharmacosurveillance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives. Elle permet d'établir un suivi des modalités de consommation des substances psychoactives licites et illicites en France métropolitaine.

Au cours de cette thèse, nous nous intéressons aux résultats de l'enquête OPPIDUM réalisée par le CEIP de Poitiers en 2022. L'enquête a été effectuée auprès des CSAPA et CAARUD de l'ancienne région Poitou-Charentes et de l'ex-Limousin. Les résultats de l'enquête OPPIDUM 2022 ont permis de mettre en avant les principales substances psychoactives illicites retrouvées dans la région : le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. Les principales substances psychoactives médicamenteuses faisant l'objet d'abus ou de détournement sont les benzodiazépines et les antalgiques opioïdes. En comparant les résultats de 2022 avec ceux des années précédentes, on note une diminution de la part des sujets suivant un protocole de substitution, la méthadone restant majoritairement consommée. On note également un recul concernant la connaissance et l'accès à la naloxone. Enfin, le principal fait marquant de cette année 2022 est l'apparition de la 3-MMC en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin. Cette substance sévit déjà en France depuis quelques années, mais n'avait pas encore été recensée dans cette région.

Cet ouvrage permet de résumer les données que le pharmacien doit avoir en sa possession concernant les modalités de consommation des principales substances psychoactives retrouvées en ex-Poitou-Charentes et en ex-Limousin, afin d'adapter au mieux son conseil à l'officine et d'être vigilant concernant les substances faisant l'objet d'abus et de détournement.

Mots clés : OPPIDUM – Enquête – Pharmacodépendance – Substance psychoactive – CEIP – 2022

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances,

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité,

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession,

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens,

De coopérer avec les autres professionnels de santé.

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.

Signature de l'étudiant

du président du jury

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

L'enquête OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est une enquête pharmaco-épidémiologique, transversale, nationale et annuelle. Elle est mise en place par l'ANSM et organisée au niveau régional par les CEIP. Le questionnaire OPPIDUM est soumis à chaque patient traité sous TSO, ou présentant une pharmacodépendance ou un abus à une substance psychoactive, et se présentant en structure de soins spécialisés en addictologie durant la période de l'enquête.

Cette enquête est un dispositif de pharmacosurveillance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives. Elle permet d'établir un suivi des modalités de consommation des substances psychoactives licites et illicites en France métropolitaine.

Au cours de cette thèse, nous nous intéressons aux résultats de l'enquête OPPIDUM réalisée par le CEIP de Poitiers en 2022. L'enquête a été effectuée auprès des CSAPA et CAARUD de l'ancienne région Poitou-Charentes et de l'ex-Limousin. Les résultats de l'enquête OPPIDUM 2022 ont permis de mettre en avant les principales substances psychoactives illicites retrouvées dans la région : le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. Les principales substances psychoactives médicamenteuses faisant l'objet d'abus ou de détournement sont les benzodiazépines et les antalgiques opioïdes. En comparant les résultats de 2022 avec ceux des années précédentes, on note une diminution de la part des sujets suivant un protocole de substitution, la méthadone restant majoritairement consommée. On note également un recul concernant la connaissance et l'accès à la naloxone. Enfin, le principal fait marquant de cette année 2022 est l'apparition de la 3-MMC en ex-Poitou-Charentes et ex-Limousin. Cette substance sévit déjà en France depuis quelques années, mais n'avait pas encore été recensée dans cette région.

Cet ouvrage permet de résumer les données que le pharmacien doit avoir en sa possession concernant les modalités de consommation des principales substances psychoactives retrouvées en ex-Poitou-Charentes et en ex-Limousin, afin d'adapter au mieux son conseil à l'officine et d'être vigilant concernant les substances faisant l'objet d'abus et de détournement.

Mots clés : OPPIDUM – Enquête – Pharmacodépendance – Substance psychoactive – CEIP – 2022