

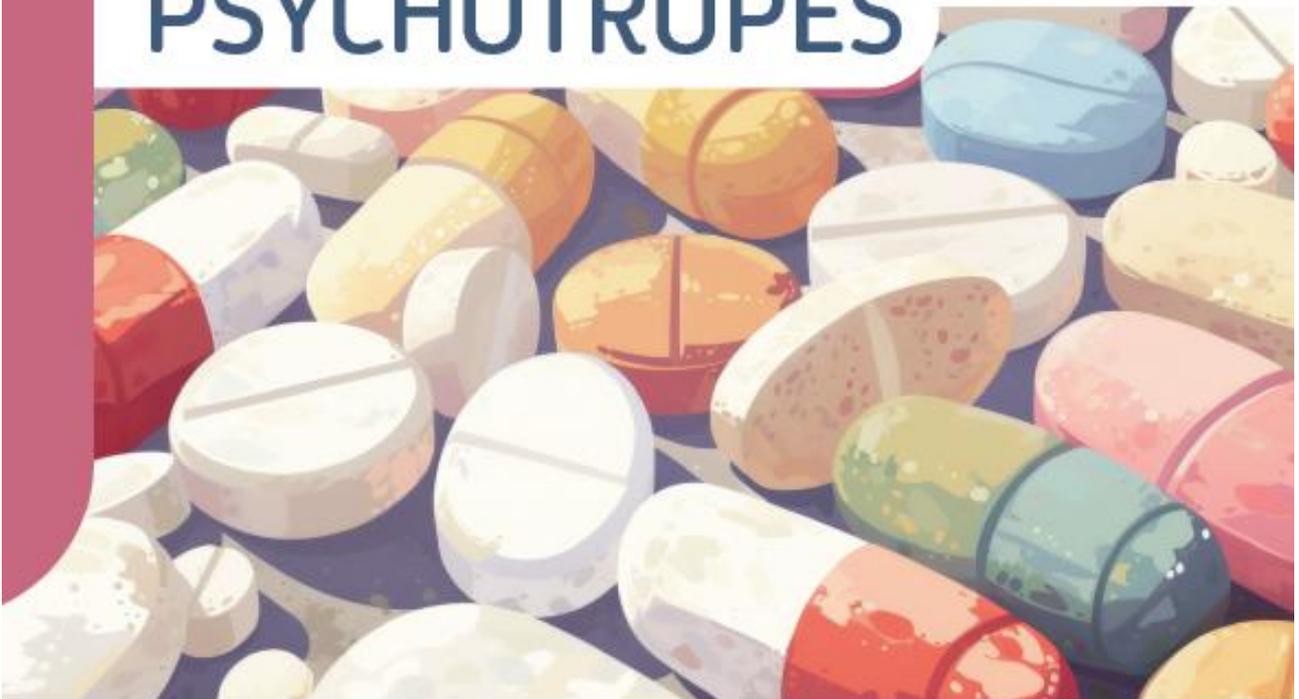
AVEC LE SOUTIEN DE  
LA DIRECTION GÉNÉRALE  
DE LA SANTÉ

ET EN COLLABORATION AVEC  
LE CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE  
CLERMONT-FERRAND



# (MES)USAGES DE THÉRAPEUTIQUES PSYCHOTROPES

PROGRAMME



**5 et 6 juin 2025** Clermont-Ferrand

Hall 32 | 32 rue du Clos Four | 63100 Clermont-Ferrand

[www.respodd.org](http://www.respodd.org)



## JEUDI 5 JUIN

9h00 ..... ACCUEIL

9h30 – 10h00 **OUVERTURE**

- Pr Georges Brousse, Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
- Christine Rougier, Directrice générale adjointe du Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
- Sylviane Tardieu, Adjointe à la Santé publique et à l'accueil des nouvelles populations, Mairie de Clermont-Ferrand
- Aymeric Bogey, Directeur de la Santé publique, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône Alpes

Session proposée en collaboration avec le service d'addictologie du CHU de Clermont-Ferrand

Président de séance : Pr Georges Brousse, CHU de Clermont-Ferrand

10h00 – 12h00

**TABLE RONDE**

**LES MÉSUSAGES DE MÉDICAMENTS CHEZ LES JEUNES : ÉPIDÉMIOLOGIE, SITUATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS**

Discutant : Julien Cabé, CHU de Clermont-Ferrand

Intervenant-e-s :

- Célian Bertin, Dominique Feneon, Florence Morel, CHU de Clermont-Ferrand

12h00 – 13h30

Pause-déjeuner

13h30 – 13h45

**OUVERTURE des 29<sup>es</sup> Rencontres du RESPADD**

Président de séance : Pr Amine Benyamina, président du RESPADD

13h45 – 14h15

**PLÉNIÈRE : LE DÉFI DES OPIOÏDES**

Discutant : Pr Nicolas Authier, CHU de Clermont-Ferrand

- Didier Jutras-Aswad, Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Canada

14h15 – 16h00

**TABLE RONDE**

Organisée en collaboration avec l'Observatoire français de la douleur et des antalgiques (OFDA)

Discutant-e-s :

- Pr Xavier Moisset, CHU de Clermont-Ferrand
- Pr Catherine Laporte, département de médecine générale, université Clermont Auvergne

**Exposition des Français-es aux antalgiques opioïdes**

- Anne-Priscille Trouvin, Hôpital Cochin – Port-Royal, AP-HP, Paris

**Algie vasculaire de la face et usage de psychotropes**

- Célian Bertin, *OFDA*
- Témoignage patient

**Un protocole de sevrage du tramadol**

- Mathieu Chappuy, *Hospices civils de Lyon*

**16h00 – 16h15** Pause

**16h15 – 17h00**

**PLÉNIÈRE**

**CANNABIS THÉRAPEUTIQUE : SITUATION FRANÇAISE ET PERSPECTIVES EN ADDICTOLOGIE**

*Discutant* : Julien Bouvret, *Groupement addictions Franche-Comté*

- Pr Nicolas Authier, *CHU de Clermont-Ferrand*

**VENDREDI 6 JUIN**

**8h30** ..... ACCUEIL

**9h00 – 9h15**

**OUVERTURE**

*Président de séance* : Michaël Bisch, *CHU de Nancy*

**9h15 – 11h00**

**TABLE RONDE**

*Organisée en collaboration avec le réseau des centres d'addictovigilance*

*Discutante* : Nathalie Richard, *Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé*

*Intervenant-e-s* :

**Les usages de protoxyde d'azote**

- Caroline Victorri-Vigneau, *Présidente du réseau des centres d'addictovigilance*

**Le programme POP**

- Elisabeth Frauger, *Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance, PACA Corse*

**Le programme Sinfoni**

- Aurélie Aquizerate, *Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance des Pays de la Loire, Nantes*

**Soumission chimique et médicaments psychotropes**

- Leïla Chaouachi, *Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance, Paris*

**11h00 – 11h30** Pause-café

**11h30 – 12h00**

**PLÉNIÈRE  
(MES)USAGES ET POPULATIONS**

► Guillaume Airagnes, *Observatoire français des drogues et des tendances addictives*

**12h00 – 13h00**

**TABLE RONDE  
USAGES DE PRÉGABALINE**

*Discutante* : Mélissa Pourcel, *RESPADD*

*Intervenant-e-s* :

**Aller vers les populations**

► Nabil Yajjou, *La Case de santé, Toulouse*

**Expérience en maison d'arrêt**

► Bastien Guillermin, *CSAPA APORIA, Nanterre*

**13h00 – 14h00** Pause-déjeuner

*Présidente de séance* : Marianne Hochet, *RESPADD*

**14h00 – 15h30**

**TABLE RONDE  
ÉTATS DE CONSCIENCE MODIFIÉS ET SOINS**

*Discutant-e-s* : Bertrand Leibovici, Maëla Le Brun, *Bus 31/32*

*Intervenant-e-s* :

**Approches non-médicamenteuses**

► Anne-Sophie Bazin, *Hôpital Marmottan, Paris*

**Thérapies psychédéliques**

► Bruno Roméo, *Hôpital Paul-Brousse, Assistance publique – Hôpitaux de Paris*

► David Reydellet, *Assistance publique – Hôpitaux de Marseille*

**15h30 – 16h30**

**DÉBAT  
MÉDICAMENT : POISON, REMÈDE, DÉFONCE**

*Animateur discutant* : Philippe Batel,  
*Centre hospitalier Camille-Claudel, Angoulême*

*Intervenant-e-s* :

► Vincent Verroust, *Société psychédélique française*

► Elisabeth Avril, *Gaïa, Paris*

► Pr Georges Brousse, *CHU de Clermont-Ferrand*

► Aurélie Tinland, *Assistance publique – Hôpitaux de Marseille*

► Romain Giraud, *(ex)KEPS, Bus 31/32, Marseille*

**16h30**

**CLÔTURE**

► Nicolas Bonnet, *RESPADD*



## Table des matières

<b>JEUDI 5 JUIN .....</b>	<b>6</b>
<b>OUVERTURE.....</b>	<b>6</b>
TABLE RONDE : LES MÉSUSAGES DE MÉDICAMENTS CHEZ LES JEUNES : ÉPIDÉMIOLOGIE, SITUATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS.....	8
<b>OUVERTURE DES 29<sup>es</sup> RENCONTRES DU RESPADD .....</b>	<b>21</b>
PLÉNIÈRE : LE DÉFI DES OPIOÏDES .....	21
TABLE RONDE .....	26
Exposition des Français(e)s aux antalgiques opioïdes.....	26
Algie vasculaire de la face (AVF) et usage de psychotropes.....	29
Un protocole de sevrage du tramadol .....	32
PLÉNIÈRE : CANNABIS THÉRAPEUTIQUE : SITUATION FRANÇAISE ET PERSPECTIVES EN ADDICTOLOGIE .....	34
<b>VENDREDI 6 JUIN .....</b>	<b>40</b>
<b>OUVERTURE.....</b>	<b>40</b>
TABLE RONDE .....	40
Les usages de protoxyde d'azote .....	40
Le programme POP.....	44
Le programme Sinfoni .....	45
Soumission chimique et médicaments psychotropes .....	48
PLÉNIÈRE : (MÉS)USAGES ET POPULATIONS .....	51
TABLE RONDE : USAGES DE PRÉGABALINE .....	54
Aller vers les populations .....	55
Expérience en maison d'arrêt .....	56
<b>OUVERTURE DES SESSIONS DE L'APRÈS-MIDI .....</b>	<b>59</b>
TABLE RONDE : ÉTATS DE CONSCIENCE MODIFIÉS ET SOINS.....	59
Approches non-médicamenteuses.....	59
Thérapies psychédéliques .....	61
DÉBAT – MÉDICAMENT : POISON, REMÈDE, DÉFONCE .....	66
<b>CLÔTURE .....</b>	<b>69</b>

JEUDI 5 JUIN

## OUVERTURE

- **Pr Georges Brousse, Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand**
- **Christine Rougier, Directrice générale adjointe du Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand**
- **Anne-Laure Stanislas, Adjointe en charge de la Transition (en remplacement de Sylviane Tardieu, Adjointe à la Santé publique et à l'accueil des nouvelles populations), Mairie de Clermont-Ferrand**
- **Aymeric Bogey, Directeur de la Santé publique, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône Alpes**

**Georges Brousse**, Président de séance, CHU de Clermont-Ferrand, souhaite la bienvenue aux participants et les remercie pour leur présence.

Il remercie particulièrement Nicolas Bonnet, Directeur national du RESPADD, et le réseau de prévention des addictions qui œuvre à la prévention des addictions. Il remercie également le président Amine Benyamina, qui n'a malheureusement pas pu être présent mais a tenu à ce que les 29<sup>es</sup> rencontres du RESPADD se tiennent à Clermont-Ferrand, dont le CHU est un lieu stratégique pour la santé sans tabac.

Pour reprendre une devise affectionnée par le pharmacologue Alain Eschalié, tout étudiant en santé, qu'il soit assis devant son ordinateur ou sur les bancs de la faculté, doit avoir en tête le principe de *primum non nocere*, soit « *en premier, ne pas nuire* ». Ce défi se pose à tous les professionnels de santé qui accompagnent les malades, avec toutes les difficultés qu'il représente. Il s'agit d'amener les patients vers les thérapeutiques et le meilleur soin possible – le plus ciblé et le plus personnalisé. Dans le même temps, cet accès doit être régulé, les patients ne doivent pas être des « *surconsommateurs* ». Or, plus l'accès aux médicaments est réduit, plus le mésusage augmente.

Plusieurs sujets découlent des mésusages de thérapeutiques. Pour commencer, celui des jeunes qui sont les premiers consommateurs dans la pharmacopée parentale, puis au travers des prescriptions et de par leur souffrance psychologique. Il s'agira également d'évoquer le défi opioïdérique, la crise des opioïdes aux États-Unis et le risque opioïde qui se poursuit avec les fentanylloïdes et autres nouveaux opioïdes de synthèse émergents. Aussi, les nouvelles thérapeutiques issues des drogues, tel que le cannabis thérapeutique. Les participants seront ensuite invités à échanger sur les nouvelles substances dont les personnes se servent à viser d'auto-soulagement, alors que le point clé de la conduite addictive est la consommation de substances ou de médicaments pour se soulager. Pour conclure, il sera proposé de poser des regards populationnels sur les abus de substances connus (*ex. prégabaline*) et sur l'accès aux soins par de nouvelles substances avec des états de conscience modifiés, l'alliance entre psychotropes et psychothérapie, qui est un autre des défis de demain.

- **Christine Rougier, Directrice générale adjointe du Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand**

**Christine Rougier**, Directrice générale adjointe du CHU de Clermont-Ferrand, prend ensuite la parole. Comme évoqué par Monsieur Brousse, le CHU tient un rôle stratégique pour les pathologies complexes et se distingue par quatre aspects ; sa capacité à structurer des filières d'excellence, sa dynamique universitaire forte, sa recherche clinique et transnationale de haut niveau et sa volonté d'innover. Dans

le cadre de son projet d'établissement, le CHU souhaite développer des parcours de soins gradués, fluides et coordonnés, avec des prises en charge intégratives et en permettant une accessibilité et une équité sur tout le territoire. Il s'agit d'un enjeu extrêmement complexe. La recherche en addictologie est un levier d'innovation et de transformation majeur, elle est également un pilier stratégique du CHU de Clermont-Ferrand. L'ambition du CHU est en effet portée par des professionnels, elle consiste à prévenir, comprendre et agir face aux conduites addictives en développant des approches scientifiques et des outils cliniques innovants.

Elle cite ensuite quelques projets emblématiques en cours, en matière de recherche. Une dynamique qui illustre la capacité du CHU à innover dans des méthodes, des outils et des approches thérapeutiques. Les thématiques qui seront évoquées au cours des rencontres montrent la complexité croissante des usages, mais aussi la recherche de solutions et des prises en charge possibles pour ces patients. Il est essentiel de croiser les regards et les disciplines, d'accepter d'être dans l'ouverture face à ces pathologies. En accueillant ces rencontres professionnelles du RESPADD, le CHU souhaite réaffirmer son engagement fort dans la lutte contre les addictions.

➤ **Anne-Laure Stanislas, Adjointe en charge de la Transition, Mairie de Clermont-Ferrand**

**Anne-Laure Stanislas**, Adjointe en charge de la Transition, Mairie de Clermont-Ferrand, tient à excuser Sylviane Tardieu, Adjointe à la Santé publique et à l'accueil des nouvelles populations, pour son absence. Si cette dernière lui a demandé de la remplacer au pied levé, cela veut bien dire que les questions de santé sont intimement liées aux préoccupations de transition environnementale, écologique et sociale d'un territoire.

L'engagement de la ville en faveur d'une santé globale s'illustre par plusieurs actions. Clermont-Ferrand est l'une des seules villes de France à avoir un service d'infirmière scolaire. Elle a également mis en place des démarches d'« *Aller vers* » du Conseil local de santé mentale vers les publics précaires. Cet investissement passe aussi par les aménagements du cadre de vie (*ex. lutte contre la pollution sonore, végétalisation des espaces, promotion des mobilités douces*). Alors que la santé mentale a été érigée en grande cause nationale pour 2025, le travail transversal mené par les services de la ville en collaboration avec ses partenaires du secteur de la santé, s'attache à prévenir les addictions et leurs conséquences individuelles, collectives et sociales, sur la voie publique et au sein des familles.

Elle salue l'opportunité que représente l'organisation des rencontres du RESPADD pour le territoire et remercie particulièrement le professeur Georges Brousse qui s'investit dans les différentes instances du Conseil local de santé mentale. Elle remercie chacun des participants pour leur présence, de même que les experts locaux.

➤ **Aymeric Bogey, Directeur de la Santé publique, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône Alpes**

**Aymeric Bogey**, Directeur de la Santé publique, remercie les responsables du RESPADD d'avoir convié l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le thème retenu cette année s'inscrit pleinement dans les préoccupations de santé publique. L'ARS s'investit aux côtés des professionnels engagés dans la lutte contre les conduites addictives (*soutien au réseau de vigilance, aux dispositifs de suivi TREND et SINTES de l'OFDT et à l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT)*).

Comme rappelé par le professeur Georges Brousse, les médicaments psychotropes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de nombreuses pathologies. Cependant, il est crucial de reconnaître les risques de mésusage, de dépendance, de sur-prescription ou encore de détournement. Ces risques

interrogent d'autant plus dans un contexte de tensions d'approvisionnement et de ruptures de stock en médicaments psychotropes. Il salue l'initiative de ces rencontres, qui permettent de sensibiliser davantage encore les professionnels de santé sur les mésusages.

## TABLE RONDE : LES MÉSUSAGES DE MÉDICAMENTS CHEZ LES JEUNES : ÉPIDÉMIOLOGIE, SITUATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS

### **Discutant :**

- **Dr Julien Cabé, responsable d'unité Addictologie et Pathologies Duelles, CHU de Clermont-Ferrand**

### **Intervenant(e)s :**

- **Célian Bertin, Dominique Fénéon, Florence Morel, CHU de Clermont-Ferrand**

**Julien Cabé**, Responsable d'unité Addictologie et Pathologies Duelles, présentera les résultats d'une étude menée sur la région Auvergne auprès d'adolescents, collégiens et lycéens. 14 % des adolescents souffrent de troubles mentaux dans le monde, notamment de dépression et d'anxiété, avec un impact important sur la morbi-mortalité. Face à ce constat, se pose la question de la place des médicaments présents dans la pharmacie familiale. En outre, les jeunes ont déjà une rationalisation de l'usage de ces thérapeutiques. En France, il existe une perception globale de bonne santé chez les jeunes, alors qu'une franche dégradation s'opère pendant les années du collège. Il souligne qu'un score majoritaire de jeunes filles ne se perçoit pas en bonne santé.

Sur le plan des troubles psychiatriques, en France, 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentent un risque élevé de dépression sur l'échelle ADRS. Les pensées suicidaires sont fréquentes, soit 24 % chez les lycéens, et l'accès aux soins peut aussi s'avérer compliqué. Depuis 2018, la dégradation s'est accentuée dans le monde, de manière importante et en particulier chez les jeunes filles, avec une réponse des pouvoirs publics qui reste insuffisante. Sur le plan des conduites addictives, l'adolescence est à nouveau une période de vulnérabilité avec une toxicité des substances plus importante. En termes de consommation, la tendance est à la réduction des usages au cours des dernières années, toutefois les niveaux d'expérimentation restent importants, spécifiquement pour l'alcool, à 17 ans. Pour les usages de substances, au cours de la scolarité, la courbe est totalement inversée par rapport à celle de la santé mentale. Le lien de corrélation n'est pas explicité à ce jour mais il est possible d'être interpellé par les résultats.

Entre 2008 et 2020, une étude a permis d'interroger un grand nombre d'écoliers. Les résultats démontrent que la moitié des jeunes présentent des symptômes psychiatriques de type anxiété-dépression ou anxiété-dépression cumulées. 43 % des écoliers (*mineurs*) interrogés rapportaient une détresse psychologique élevée. À nouveau, il souligne une surreprésentation des filles dans cette catégorie. Une surreprésentation significative des usages d'alcool avec des symptômes psychiatriques peut être constatée. Par exemple, 35 % des anxieux-dépressifs contre 22 % seulement dans le groupe qui n'avait pas de symptômes. De plus, peuvent être observées des conduites d'usage à risque liées à ces drogues, pour 40 % des sujets concernés dans le groupe anxieux-dépressif contre 16 % seulement dans le groupe qui ne présente pas de symptômes.

3 clusters spécifiques de sujets ont pu être identifiés au sein de la population observée. Le premier cluster témoigne d'une santé mentale plutôt préservée, de très peu d'usages ou mésusages de substances psychoactives, pas ou très peu d'usages à risque de substances et une qualité de vie préservée dans tous les domaines. Le second cluster témoigne d'une surreprésentation des jeunes filles, avec un niveau de santé mentale très dégradé, un usage de substances significativement

supérieur à celui du premier cluster et une qualité de vie extrêmement dégradée. Sur ce groupe, il avait été observé lors d'une précédente présentation que les sujets concernés appartenaient davantage à la sphère scolaire privée qu'à la publique. Enfin, le troisième cluster est marqué par une santé mentale significativement dégradée et des niveaux d'usage et d'usage à risque de substances beaucoup plus importants et une qualité de vie dégradée – sauf pour deux dimensions.

Sur la qualité de vie, pour le cluster 1, la santé mentale est globalement bien préservée. Le cluster 2 est dégradé pour la totalité des critères, tandis que le cluster 3 est dégradé pour toutes les dimensions sauf pour les relations de loisirs et les relations amicales. Il est possible que la substance joue un rôle dans la construction sociale, amicale ou même familiale. De nombreux adolescents combinent symptômes anxio-dépressifs, comportements addictifs et faible qualité de vie, ce qui pose la question de la motivation à consommer. 68 % des jeunes prennent des médicaments (*hors antibiothérapie, phytothérapie et homéopathie*). Or, les questionnaires ont montré que 22 % d'entre eux ne semblent pas connaître la nature des médicaments qu'ils prennent. La catégorie des antalgiques est la plus récurrente avec 86,5 % des jeunes interrogés en ayant consommé dans les 12 derniers mois. Majoritairement, ces usages sont inférieurs à 1 fois par mois, ce qui n'est pas tout à fait adapté à l'usage thérapeutique de certains médicaments et questionne sur la fonction de la prise du médicament. À l'inverse, certaines proportions d'usage de 2 à 4 fois par semaine sont assez variables.

En termes de quantité, la majorité prend 1 à 2 unités par jour, ce qui peut correspondre à un usage thérapeutique des traitements. En revanche, l'étude témoigne de pourcentages assez importants d'usages supérieurs à 2 unités par jour. Dans la typologie, de nombreux écoliers prennent également jusqu'à 10 unités par jour ou plus de certaines molécules. De nouveau, la fonction de la prise peut ici poser question. Une majeure partie des jeunes accède à ces traitements par un médecin, l'accès à la pharmacie familiale est également fréquent notamment pour les antidépresseurs. Une petite frange d'accès par internet a enfin été identifiée.

L'étude pointe la famille comme gestionnaire principale du traitement, en seconde place figurent les jeunes eux-mêmes et en troisième place le cercle amical. S'agissant des motivations à utiliser ces substances, 13 ont été identifiées. Parmi elles, « *avoir plus d'énergie, ne pas dormir, améliorer mes performances, par curiosité, etc.* ». Les patterns d'utilisation des produits diffèrent selon la motivation à utiliser ou non ces molécules. Par exemple, l'usage des stimulants n'est pas uniquement lié à une fonction thérapeutique et il existe probablement un détournement à visée de dopage cognitif ou d'amélioration des performances. Étonnamment, les antipsychotiques sont les premiers utilisés par « *curiosité* ». S'agissant de la suppression de la douleur en particulier, ont été observés des usages secondaires de traitements psychotropes étrangers à la douleur. Ce constat a été l'occasion de s'interroger sur la notion de douleur chez les adolescents. Il souligne par ailleurs une légère sur-représentation des thymorégulateurs « *parce que je n'arrive pas à m'en passer* », qui pourra faire l'objet d'un approfondissement. Les autres tendances sont globalement conformes à l'attendu.

Les jeunes qui utilisent des médicaments présentent des scores d'anxiété significativement plus importants que ceux qui n'en utilisent pas. Le score à l'ISS (*score de mésusage, dépendance à internet*) est aussi légèrement supérieur, de même que le score à la k6 en termes de détresse psychologique. À l'inverse, l'audit permet de retrouver des scores plus faibles chez les utilisateurs de médicaments. Il est alors possible que les populations qui n'ont pas accès aux médicaments ont des usages d'alcool plus importants pour soulager certains symptômes. Chez les utilisateurs de médicaments, les proportions d'anxieux sont plus importantes dans toutes les catégories d'usage de médicaments. La tendance est moins significative pour la dépression. Pour la qualité de vie, l'usage de médicaments est associé à une dégradation importante de la qualité de vie. Il est alors important de déterminer l'existence ou non de troubles sous-jacents afin de comprendre la fonction de la prise de médicament.

Pour conclure, **Julien Cabé** souligne la prévalence élevée de l'association entre conduite addictive et altération de la santé mentale. L'évaluation subjective de la qualité de vie est en effet corrélée à la présence de troubles quels qu'ils soient, ce qui est un indicateur potentiel de repérage précoce simple à utiliser, y compris par des non-professionnels de santé. La place de l'usage et du mésusage de médicaments est à préciser dans ce contexte afin de déterminer si les messages de prévention et les interventions doivent être adaptés.

➤ **Dr Célian Bertin, Responsable du centre d'addictovigilance, CHU de Clermont-Ferrand**

**Célian Bertin**, Responsable du centre d'addictovigilance, centrera sa présentation sur des données françaises, bien qu'il existe un phénomène mondial d'augmentation de la consommation des psychotropes chez les jeunes (12-25 ans). En France, justement, la tendance est un peu plus à l'augmentation que dans les autres pays de l'Union Européenne.

Cette hausse connaît une accélération significative depuis la crise sanitaire de 2020, en particulier sur la tranche 12-15 ans. Entre 2014 et 2021, la consommation évolue de 50 % pour les antipsychotiques, de plus de 60 % pour les antidépresseurs, de 80 % pour les psychostimulants et de 155 % pour les anxiolytiques et les hypnotiques. En 2016, 1 jeune de 17 ans sur 4 avait déjà consommé un médicament psychotrope, anxiolytique, hypnotique ou antidépresseur, ce qui semble non négligeable, voire interpellant. En 2023, 8 % des 12-25 ans et 5 % des 6-17 ans ont bénéficié d'un remboursement d'au moins 1 psychotrope, ce qui interroge mais doit être mis en perspective avec la prévalence des troubles mentaux dans cette population (*estimés à environ 20 %*).

Les jeunes filles sont par ailleurs les plus concernées par la tendance ; + 25 % des garçons entre 12 et 25 ans ont bénéficié d'un remboursement d'au moins 1 psychotrope, contre + 50 % de filles, entre 2019 et 2023. Plusieurs hypothèses sont possibles ; la population féminine pourrait avoir des facilités à exprimer des émotions et pourrait bénéficier d'une écoute plus attentive. À l'inverse, il est possible qu'il existe un malaise sociétal plus important dans la population féminine que masculine.

Parmi les médicaments les plus consommés, les antidépresseurs se distinguent particulièrement sur la période 2020-2021. Sont également significatives les consommations d'antipsychotiques, d'anxiolytiques, d'hypnotiques et de psychostimulants. L'augmentation de la prise d'antidépresseurs concerne spécifiquement les jeunes filles. À l'heure actuelle, 3,3 % des jeunes de 12-25 ans reçoivent des antidépresseurs, dont 70 % de filles. Soit plus de 20 % des psychotropes prescrits aux 12-15 ans. Pour complément, un article du Lancet datant de 2016 montre que la majorité des antidépresseurs ne sont pas forcément plus efficaces qu'un placebo chez les jeunes de 12-15 ans. Il précise également que les données sont issues du SNDS, il s'agit par conséquent des usages chroniques de plus de 3 mois.

Il observe que la cinétique reste la même pour les psychostimulants. En revanche, l'augmentation est légèrement plus significative chez les garçons que chez les filles. Cela pourrait s'expliquer par une meilleure identification des troubles déficitaires de l'attention chez les garçons. Ainsi, 0,4 % des jeunes bénéficient d'un traitement par psychostimulant (*méthylphénidate*), soit une multiplication par 2 par rapport à 2015. Pour précision toutefois, la possibilité d'initier des prescriptions en médecine de ville depuis 2021 et – éventuellement – l'élargissement de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ont pu avoir impact sur les chiffres.

Concernant les hypnotiques, alors qu'une diminution rassurante était finalement observée entre 2015 et 2020, la crise sanitaire a provoqué une reprise. Cette rémanence peut poser question, les données 2024-2025 permettront de constater si la situation se stabilise ou décroît. Pour les anxiolytiques, la courbe est stable entre 2015 et 2020, cependant elle a connu des variations depuis la crise sanitaire et

des données plus consolidées sont nécessaires à toute interprétation. En 2023, 5,4 % des 12-25 ans avaient reçu au moins une prescription d'anxiolytiques dans l'année, principalement d'hydroxyzine.

En pratique clinique, et notamment en pratique hospitalière, la prescription hors AMM est extrêmement fréquente. Pour certains services, ces prescriptions atteignent jusqu'à 94 % en considérant les psychotropes dans la population des adolescents et des jeunes adultes. Ce constat n'est pas nécessairement inquiétant au sens où il n'existe pas d'étude récurrente des populations les plus jeunes. Les études cliniques ont en effet tendance à se concentrer sur des sujets de la tranche 25-50 ans, pour lesquels il y a peu de comorbidités. Cette pratique signifie par ailleurs une connaissance perfectible des effets indésirables chez les plus jeunes comme les plus âgés, alors même que ces derniers sont ceux à qui le plus de traitements seront prescrits.

Il est important de rappeler que les objectifs et motivations de la consommation ne peuvent pas être sortis de leur contexte. Dans le cadre d'un usage médical sur prescription, il est légitime d'essayer de soulager les patients, et ce même hors AMM. Cela permet de traiter la souffrance psychique et les troubles psychiatriques émergents dans cette population d'âge. Il note également 11 % de consommation spontanée en automédication. Néanmoins, cette automédication est assez fréquemment encouragée par le cercle familial ou social (*à hauteur de 30 % par les parents*). S'il ne s'agit pas systématiquement de mauvaises indications, l'absence de prescription initiale, de formalisation médicale ou même de suivi est regrettable. De plus, cette pratique a tendance à encourager la médication du mal-être.

Les psychostimulants se distinguent quant à eux par une consommation en dehors du trouble déficitaire de l'attention, à usage performatif, plutôt dans un contexte scolaire. D'expérience, il a pu constater la consommation de méthylphénidate chez un tiers de ses étudiants dans des filières d'accès aux études de santé, dont seulement 1 sur 2 disposait d'une prescription. L'usage récréatif dans le cadre plus global d'un trouble de l'usage de substances peut également être associé. Les études qualitatives sur le sujet montrent une banalisation des questions d'automédication et du mésusage, notamment dans les cercles amicaux et familiaux.

Point rassurant, le respect de la voie d'administration qui correspond à la galénique avec une prise par voie orale principalement. Certains cas rares décrivent des détournements par voie sublinguale ou par voie intra-nasale, dans des contextes de jeunes recherchant un effet de pic. Il s'agit ici d'automédication. La voie injectable est quant à elle très peu décrite chez les 12-25 ans.

D'après les études, l'accès aux médicaments psychotropes est plutôt sur prescription médicale ; hors parcours de soins, 11 % des élèves de 16 ans déclarent avoir expérimenté des tranquillisants ou des sédatifs sans ordonnance. Pour nuance, la notion de tranquillisant ne renvoie pas nécessairement à une terminologie médicale précise. Il existe finalement une banalisation de la consommation dans l'environnement familial et d'un point de vue sociétal, en témoignent les 27 % des jeunes de 17 ans ayant consommé un psychotrope sur l'impulsion de leurs parents, contre 11 % de leur propre initiative.

Un point de vigilance porte sur les facteurs de hausse de la consommation qui coexistent avec un contexte de dégradation de la santé mentale chez les jeunes, particulièrement sur la période 2015-2023. En parallèle, la crise de l'offre de soins en pédopsychiatrie et les difficultés d'accès à un psychologue font qu'il est plus simple, rapide et économique de recourir à des médicaments qu'à une prise en charge psychothérapeutique. De manière générale, le climat sociétal est anxiogène et instable tandis que le climat émotionnel collectif est empreint de négativisme. L'intervenant s'interroge : peut-être chacun a-t-il un rôle à jouer à ce sujet, dans sa manière de s'exprimer, afin de mettre davantage en avant les aspects positifs. Les études qualitatives montrent que les jeunes ont la sensation que leur mal-être est délégitimé, qu'ils ne sont pas entendus, qu'il n'existe plus d'alternative sur le plan sociétal.

Les conséquences cliniques de ce climat sont un risque de dépendance et de troubles de l'usage, d'effets indésirables, une médicalisation de la souffrance psychique. Il s'agit d'accepter qu'il existe des périodes de mal-être, notamment à l'adolescence, et de se demander dans quelle mesure il faut médicaliser, médiquer les jeunes durant ces périodes. Enfin, il existe un risque d'aggravation de la santé mentale à terme, par un défaut de mise en place de soins adaptés et éventuellement un retard à la prise en charge. Les conséquences sociales sont la stigmatisation, la perte d'estime de soi et, éventuellement, l'isolement. Finalement, sur le plan sociétal, il est accepté de consommer jusqu'au moment où la consommation dérape. Alors, sont observés des difficultés scolaires et professionnelles, un renforcement des inégalités sociales de la santé. En effet, si les milieux les plus défavorisés ont moins accès aux psychothérapies, il est probable qu'ils aient davantage accès aux médicaments.

En termes de prévention, 3 niveaux sont proposés ; une prévention primaire d'information des pairs et de la famille pour sensibiliser, une prévention secondaire d'identification des situations à risque, notamment *via* les déclarations au centre d'addictovigilance, et une prévention tertiaire de prises en charge en pluriprofessionnalité. **Célian Bertin** tient ici à rappeler les missions du centre d'addictovigilance qui repère les tendances d'usages détournés pour toute substance ayant un effet psychoactif.

*Les situations à risques peuvent désormais être déclarées en ligne : <https://pharmacologie-clermont.fr/declaration-de-pharmacovigilance-addictovigilance-ordonnance-falsifiee/>*

➤ **Dr Dominique Fénéon, Cheffe de pôle psychiatrie, CHU de Clermont-Ferrand**

**Dominique Fénéon**, Cheffe de pôle psychiatrie, constate que la santé mentale des jeunes se dégrade. Tel que démontré par les intervenants précédents, il existe une augmentation des troubles psychiques chez les adolescents. Au sein de l'hôpital, une augmentation était déjà constatée avant la crise sanitaire, cependant cet événement a fait bondir le nombre de recours aux soins pédopsychiatriques avec l'arrivée aux urgences de jeunes « *de plus en plus jeunes* », entre 11 et 13 ans, qui se présentaient pour des crises suicidaires après avoir ingéré des médicaments dans la pharmacie familiale. Sont également constatées des augmentations des crises suicidaires, des troubles des conduites alimentaires et des troubles anxieux.

La situation a entraîné une réflexion sur les approches thérapeutiques au sein du CHU. Des études, aux Etats-Unis et dans la plupart des pays d'Europe, montrent que la psychothérapie reste la première indication pour l'approche thérapeutique chez les jeunes souffrants de troubles mentaux. Les médicaments arrivent en deuxième intention, en tenant compte des effets sur le développement cérébral des enfants et des adolescents. Cependant le contexte actuel pourrait encourager une médication plus rapide pour les jeunes qui n'auraient pas la possibilité de bénéficier de soins psychothérapeutiques.

La question des troubles psychiques chez les adolescents met en exergue deux risques principaux, qui seraient presque contradictoires. Il s'agit à la fois de ne pas psychiatriser tous les comportements adolescents et de ne pas méconnaître, ni banaliser, les symptômes.

Ainsi, la consommation a doublé en 10 ans, elle concerne environ 5 % de la population pédiatrique, avec une augmentation de certaines classes de médicaments (*antipsychotiques, antidépresseurs, psychostimulants, hypnotiques et sédatifs*). Pour reprendre le propos précédent, la prescription hors AMM est en effet fréquente chez les jeunes, soit 40 % en ville et 70 % à 90 % à l'hôpital. En raison du peu d'études portant sur la population concernée, il arrive que les professionnels soient amenés à traiter des troubles complexes et par conséquent à utiliser les mêmes médicaments que chez les

adultes. La place croissante des psychotropes est alors peu surprenante dans un contexte de dégradation globale de la santé mentale chez les enfants et les adolescents.

Deux hypothèses peuvent être soulevées. D'une part, une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des enfants et, d'autre part, un risque de substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention par la seule prescription de médicaments. Une attention spécifique doit être portée aux particularités pharmacologiques dans cette population en cours de développement et qui présente une vulnérabilité accrue aux effets secondaires, avec des effets sur le poids, la croissance et le développement hormonal. Le risque de dépendance et d'abus liés à des facteurs développementaux et environnementaux est également important.

En termes d'usage en pratique clinique, la dépression modérée à sévère et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité sont les indications les plus fréquentes des psychotropes chez les jeunes. L'augmentation de la prescription de psychostimulants s'explique par une plus grande information sur les effets bénéfiques de ces prescriptions. De plus, les premières prescriptions n'appartiennent plus uniquement aux psychiatres et neuropédiatres mais ont été étendues à l'ensemble des acteurs du soin en ville et à l'hôpital. D'autres indications fréquentes pour la prescription de psychotropes sont les troubles du spectre autistique quand il s'accompagne de troubles du comportement graves ou d'irritabilité, les troubles psychotiques et les troubles bipolaires. Certains principes de prescription doivent toutefois être respectés pour la protection des enfants, soit une prescription progressive à faible dose (*plus faible que chez l'adulte*), avec des paliers suffisamment longs pour évaluer le bénéfice attendu. Ces prescriptions doivent faire l'objet d'un suivi étroit (*psychoéducatif, somatique, familial*). Il est également important de ne pas négliger la place de la psychothérapie, y compris en seconde intention. Enfin, la construction d'une alliance thérapeutique forte est essentielle afin que le jeune et sa famille adhèrent à la proposition et prennent des décisions en ayant un consentement éclairé.

Toute prescription d'un psychotrope à un adolescent engage un rapport bénéfice-risque qui sera réévalué à chaque étape. Les bénéfices attendus seront une amélioration réelle du fonctionnement psychique, scolaire et familial, de même qu'un accès facilité à d'autres formes de soins, telles que les psychothérapies. Les risques portent en revanche sur les effets secondaires et paradoxaux (*ex. agitation*). Les troubles métaboliques peuvent également être plus importants chez les enfants et les adolescents et le risque de suicide existe pour certains traitements. Est aussi constaté un risque d'accoutumance avec les benzodiazépines et les psychostimulants pouvant conduire à un détournement de l'usage du traitement pour des pratiques récréatives ou une auto-prescription.

Les médicaments à risque sont principalement les benzodiazépines, le méthylphénidate, les ISRS, le fluoxétine et la sertraline. Les deux ISRS ont une indication de prescription chez les enfants et les adolescents. L'accès facile à la pharmacie familiale et l'absence de cadre thérapeutique clair – certains adolescents ignorent pourquoi ils prennent des médicaments – sont des facteurs de mésusage, d'où l'importance de l'information à l'adolescent et à la famille. Ce cadre thérapeutique doit être expliqué et réexpliqué et les durées de prescriptions courtes doivent aussi être réévaluées régulièrement.

Le contexte social ou scolaire à risque peut être un autre facteur de mésusage et doit faire l'objet d'une prévention, d'une éducation thérapeutique, auprès des jeunes et de leurs familles. En outre, le méthylphénidate et les benzodiazépines peuvent s'échanger dans les cours de récréation des plus grands. Dans certains milieux sociaux également, les familles ont davantage tendance à médiquer les enfants quand ils ont des problématiques. La prévention peut alors passer par une limitation des quantités prescrites et des ordonnances non renouvelables afin de s'assurer de réévaluer l'enfant ou l'adolescent.

Ce suivi rapproché se doit d'être pluridisciplinaire, il s'agit d'un travail en réseau. Le CHU de Clermont-Ferrand travaille en effet avec les infirmiers, IPA, éducateurs et psychologues. L'évaluation de l'état psychique de l'enfant nécessite des regards multiples, afin notamment de comprendre son quotidien. L'évaluation du rapport bénéfice-risque à chaque étape est tout aussi importante en raison du développement de l'enfant, ce dernier étant susceptible de ne pas répondre au traitement de la même manière selon la période.

Pour conclure son propos, **Dominique Fénéon** rappelle qu'une prescription médicale de psychotropes chez un enfant ou un adolescent est toujours un acte médical complexe et doit s'inscrire dans une logique de soin global et sécurisant. S'en tenir à prescrire un médicament peut finalement être un facteur de risque et conduire à terme à des mésusages. S'il est vrai que l'offre de soins pédopsychiatriques est en crise, celle des psychologues est davantage présente. La difficulté reste évidemment l'accès à ces offres de soin. Des dispositifs ont été mis en place au sein des services du pôle psychiatrie du CHU afin de bénéficier de certaines actions avant même la première consultation avec un pédopsychiatre. Notamment, elle cite le travail mené avec la maison des adolescents (MDA), un lieu qui organise des actions de prévention avec des consultations menées par des infirmiers et éducateurs. Dans les CMP également, les évaluations sont désormais faites par des binômes psychologues/infirmiers ou infirmiers internes. Malgré tous ces efforts, l'offre reste malheureusement limitée.

- **Florence Morel, Psychologue responsable de l'unité de prévention des addictions, CHU de Clermont-Ferrand**

**Florence Morel**, psychologue responsable de l'unité de prévention des addictions,

Le premier facteur de vulnérabilité chez l'adolescent est le développement cérébral. À l'adolescence, la maturation des différentes parties du cerveau ne se fait pas avec la même temporalité. Le cortex préfrontal, « *chef d'orchestre* », se développe plutôt lentement, tandis que le système limbique, qui gère les émotions, les impulsions, est déjà très actif. Par conséquent, il existe une sorte de désynchronisation qui peut conduire à une recherche accrue de sensations, à des prises de risque, à une difficulté à gérer ses impulsions et ses émotions dans certaines situations. Cette plus forte réaction émotionnelle chez les adolescents est illustrée dans la présentation (*graphique « Sensibilité émotionnelle », slide 4*). Il existe en effet différentes réactions possibles aux « *stresseurs* » rencontrés dans la vie de tous les jours et qui sont plus ou moins fortes en fonction de la vulnérabilité émotionnelle. Les personnes ayant une sensibilité émotionnelle importante face à un « *stresseur* », auront une réponse beaucoup plus intense, parfois si intense qu'elles n'ont pas envie de l'expérimenter jusqu'au bout. Les personnes cherchent alors un retour à la normale plus rapide pouvant entraîner des comportements auto-dommageables.

Tel que cela a pu être dit, les adolescents sont également en construction identitaire et sont ainsi davantage influencés par les autres. Il y a là un paradoxe, les jeunes recherchant à être indépendants et à marquer leur identité personnelle tout en étant particulièrement sensibles aux besoins de conformité et d'appartenance. Les substances psychoactives de manière générale peuvent dans ce cas représenter une porte d'entrée dans les consommations afin d'appartenir à un groupe de consommateurs.

Enfin, le dernier facteur de vulnérabilité principal est celui de l'anxiété sociale, anxiété scolaire et stress post-Covid. La période de scolarité est en outre une période extrêmement stressante, liée à la performance scolaire et aux bouleversements spécifiques à cette période de développement. Il s'agit également d'une période propice à l'auto-médication ou à l'auto-soulagement pour faire face à cette anxiété et à d'autres formes de détresse psychologique.

Les facteurs de risque sont en réalité multiples, regroupés entre les facteurs familiaux, sociaux ou individuels.

En matière d'intervention et de prévention primaire auprès des adolescents, le point de départ est toujours d'amener, d'accompagner un questionnement plutôt que de dicter ce qui doit être fait ou non. « *Pourquoi je consomme ? Qu'est-ce que je consomme ? Qu'est-ce que j'attends de ces consommations ?* ». La prévention a pour objectif de comprendre les raisons des consommations, de faire connaître les alternatives à la consommation de médicaments pour répondre au mal-être ressenti et surtout d'accompagner les jeunes dans l'exploration de ces alternatives.

En prévention primaire, il est important d'éviter un discours moralisateur ou culpabilisant, de communiquer sur la peur, d'intervenir uniquement auprès des adolescents en échangeant aussi avec les familles et les établissements scolaires. Il est également important d'éviter les interventions ponctuelles ou déconnectées du quotidien des jeunes. En effet, les adultes auront tendance à parler des risques des consommations alors que si les jeunes consomment, c'est bien qu'ils ne perçoivent pas de risque particulier mais plutôt une solution à un problème.

À l'inverse, il est recommandé de travailler sur les compétences psychosociales (CPS). Il s'agit d'apprendre à fonctionner au niveau social et avec ses émotions. De nombreux travaux de recherche ont d'ailleurs montré l'importance de travailler sur les CPS dans le développement de l'enfant, dès le plus jeune âge dans la mesure où elles ont un effet important sur son bien-être et sa santé. Déjà, dans les années 1980, l'OMS avait préconisé le développement des CPS comme une stratégie majeure en prévention.

Aujourd'hui, il existe environ 11 compétences spécifiques souvent réparties en trois groupes ; les compétences cognitives (*ex. avoir conscience de soi, faire attention à soi*), émotionnelles (*ex. savoir réguler ses émotions, les identifier, réguler son stress au quotidien*) et sociales (*ex. capacités d'écoute empathique, affirmation de soi*). Un référentiel Santé publique France publié au printemps 2025 reprend ces différentes CPS et explique comment les travailler au quotidien. Les stratégies de prévention centrées sur les CPS sont généralement menées en milieu scolaire, avec pour objectif de mettre les jeunes en situation dans des jeux de rôle ou des exercices pour expérimenter certaines situations (*ex. atelier « apprendre à dire non » et conception d'un kit de confiance en soi*). Ces stratégies sont souvent associées à des groupes de parole animés par des professionnels car ils peuvent révéler des difficultés à gérer les émotions. Le travail de ces professionnels est d'intervenir auprès des jeunes, mais aussi de former les adultes et la famille afin de soutenir les CPS au quotidien. Il existe aussi des programmes validés aux niveaux national et européen, tels que le « *cartable des compétences* » par exemple. Malgré un grand nombre de programmes de prévention en milieu, peu de professionnels référents sont malheureusement formés aux CPS. Ces dernières restent bien souvent les missions d'associations dont les moyens sont limités compte tenu de la population d'adolescents à sensibiliser.

L'attention des participants est particulièrement portée sur les compétences psychosociales de la régulation émotionnelle et de la gestion du stress, qui figureront au tome 2 du référentiel Santé publique France à l'automne 2025. En psychothérapie, la régulation émotionnelle est d'ores et déjà une compétence mobilisée en accompagnement des personnes qui souffrent d'addiction. Cette compétence pourrait être davantage développée en prévention primaire, alors que des études montrent que les adolescents ayant des difficultés à gérer leurs émotions sont plus à risque de développer des conduites addictives et que les émotions négatives mal régulées sont un facteur déclencheur de la consommation, souvent utilisée comme « *auto-soulageante* ». Au contraire, plusieurs études montrent que les adolescents qui sont capables de reconnaître leurs émotions, de

différer leurs actions impulsives et d'adopter des stratégies positives ont moins de risque de consommer des substances ou de développer des conduites addictives.

La régulation émotionnelle est la capacité à gérer son ressenti au moment où on le ressent, et la manière de l'exprimer sans se laisser submerger ou agir de façon impulsive. Cette régulation fait donc appel à plusieurs compétences liées au cortex préfrontal, qui est en cours de maturation lente pendant l'adolescence, voire jusqu'à 20 ans. Un outil simple et intéressant pour travailler au développement de cette compétence est la « *roue des émotions* » qui permet d'apprendre à identifier et exprimer ses émotions. Tel que cela a pu être exprimé par le Dr Bertin, il est en effet important de pouvoir légitimer les émotions de comprendre ce qui les déclenche afin de moduler l'intensité émotionnelle et de reformuler une situation intérieurement (« *ce n'est peut-être pas si grave* »). Chez les adolescents, cette compétence est d'autant plus importante qu'ils vivent une période de volatilité émotionnelle et d'exploration de l'identité, qu'ils peuvent être particulièrement vulnérables, et donc avoir facilement recours à des médicaments psychotropes, à des mésusages ou des consommations de substances pour apaiser leurs douleurs émotionnelles.

Afin de travailler cette régulation émotionnelle, la psychologie s'inspire de la thérapie comportementale dialectique (TCD) qui a été développée dans les années 1980 par Marsha Linehan. Initialement, ce travail portait sur les adultes et le traitement des personnalités *borderlines*, qui avaient tendance à avoir recours à des comportements auto-agressifs pour soulager leurs émotions. Ces thérapies sont plutôt inspirées des thérapies comportementales et cognitives (TCC) troisième vague, soit des thérapies d'acceptation de son ressenti issues aussi de la méditation, avec des exercices d'autocompassion et des exercices pratiques à faire régulièrement chez soi. Il s'agit de favoriser la connaissance, l'observation et l'acceptation émotionnelle tout en donnant des outils pour mieux gérer les émotions difficiles.

La TCD a été adaptée aux adolescents et présente des résultats encourageants. Elle tâche notamment de répondre aux besoins des adolescents en contexte scolaire, l'école pouvant aussi un lieu ressource pour les jeunes. D'après une étude, les jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale sont significativement plus enclins à chercher de l'aide à l'école plutôt qu'à l'extérieur. Cet outil de prévention en milieu scolaire permet de valider les expériences émotionnelles et aide les jeunes à se sentir entendus. Or, c'est à partir de cette acceptation qu'un travail de changement pourra être engagé, par étapes afin que les adolescents soient en mesure de constater des progrès régulièrement. Une thérapie individuelle et de groupe peut éventuellement être associée, d'autant que les adolescents qui sont en quête d'identité sont touchés par le discours des pairs. Il est par ailleurs important de faire participer les parents dans la TCD.

Une première étape consiste à développer chez les jeunes la capacité à comprendre, accueillir et gérer leurs émotions autrement en essayant de répondre à plusieurs questions ; « *Pourquoi je consomme ? Quelles sont les raisons émotionnelles qui entraînent cette consommation ?* ». L'enjeu est une nouvelle fois de déculpabiliser les émotions et de valoriser l'idée qu'elles sont normales. Une seconde étape est de proposer des alternatives concrètes *via* la régulation émotionnelle (*ex. respiration, cohérence cardiaque, activité physique*) en fonction de ce qui a été défini comme ressourçant pour l'adolescent. Enfin, la troisième étape est de créer une culture de prévention au sein des établissements scolaires en formant les personnes confrontées aux mal-être des adolescents. Les familles doivent aussi être incluses dans ce travail. Il est également intéressant d'avoir des supports numériques adaptés aux codes des adolescents (*ex. réseaux sociaux*) pour faire passer ces informations de régulation émotionnelle.

Pour conclure, **Florence Morel** propose un *focus* sur la régulation émotionnelle comme facteur protecteur. Elle permet d'offrir une éducation précoce à la santé mentale et émotionnelle pour développer les CPS, de créer des espaces de parole sécurisants, d'associer les jeunes aux actions de prévention tout en travaillant avec les familles. La prévention est efficace si elle est incarnée, menée de manière régulière et si elle est participative

➤ **Questions du public**

**Dr El Abed**, Pédopsychiatre, Cheffe service de l'intersecteur à Fréjus-Saint-Raphaël, partage sa propre expérience sur le terrain. Elle s'étonne des chiffres sur la consommation de médicaments chez les adolescents, indiquant que les adolescents qu'elle a pu voir en consultation manifestaient plutôt une réticence à l'usage de médicaments. Cependant, elle souligne un mésusage de la prescription de psychotropes en particulier chez les médecins généralistes – nombre d'entre eux ignorant que les meilleurs anxiolytiques chez les adolescents sont les antidépresseurs et non les hypnotiques.

Elle observe par ailleurs que la pénurie de pédopsychiatres a un aspect positif au sens où son service a désormais un regard sur l'ensemble des demandes de consultations. L'intervenante s'est étonnée d'un phénomène d'accalmie des demandes au sein de son intersecteur durant la période de confinement, pour finalement observer une vague importante à son issue. Alors, a été constatée une explosion des addictions aux écrans, chez les jeunes enfants comme chez les adolescents. Chez les plus jeunes, les troubles de comportement étaient si intenses que les professionnels n'ont eu d'autre choix que de prescrire des antipsychotiques. La thérapie avec les psychologues en première intention n'était plus efficace. Pour certains cas, la situation pouvait aller jusqu'à une absence de langage, comme si le cerveau avait cessé le développement de toutes capacités émotionnelles, sociales et cognitives. Quant aux adolescents, ils refusaient de retourner à l'école, en collectivité. Il s'ensuivit une explosion des troubles anxieux et de phobies scolaires pour lesquelles la thérapie ne marchait plus en première intention. De nouveau, les professionnels se sont vus obligés de prescrire des antidépresseurs, voire des antipsychotiques dans certaines situations.

Elle partage son inquiétude face à la quantité d'ordonnances qu'elle utilise depuis 2021.

**Georges Brousse** indique qu'une enquête a été menée auprès d'adolescents au collège sur des interventions sur le développement de leurs compétences afin de les mettre en perspective avec les consommations de substances. Cette enquête a dû se dérouler de manière imprévue pendant la période de confinement. Or, les jeunes interrogés identifiaient clairement l'école comme un lieu de stress important et s'estimaient mieux chez eux, à échanger en réseau. Ils se sentaient soulagés d'interactions sociales parfois compliquées. Il est possible que le retour au collège ait alors réveillé des vulnérabilités.

**Dominique Fénéon** estime que la durée du confinement est finalement un facteur pénalisant, elle a en effet favorisé une forme d'addiction aux réseaux sociaux, voire l'installation de harcèlement en ligne. Si cette période avait été plus courte, il est possible que l'expérience eût été quasi-positive puisque les jeunes se sentaient bien chez eux.

Sur la question des médicaments, elle souligne l'intérêt des prescriptions courtes ainsi que des réévaluations régulières. Il s'agit également de s'assurer que les parents ont la main sur les médicaments et que les boîtes ne soient pas directement à portée des jeunes, ces derniers pouvant choisir d'en consommer davantage ou, au contraire, de les distribuer s'ils ne souhaitent pas suivre leur traitement.

**Un participant**, Éducateur spécialisé, observe que l'idée d'un médicament à prendre « *en une prise* » pour soulager un sentiment ponctuel d'anxiété semble moins effrayer les jeunes qu'un traitement au long cours, ce qui peut éventuellement être mis en parallèle avec la consommation de cannabis. Il existe une fausse idée de solution « *magique* » pour aller mieux, qu'il est important de prévenir en travaillant avec les enseignants.

Concernant le mal-être plus présent chez les jeunes filles, il demande si les statistiques témoignent toujours, malgré tout, d'un plus grand nombre de suicides chez les jeunes hommes.

**Célian Bertin** répond qu'un traitement anxiolytique ponctuel peut tout à fait être pertinent sur une situation ponctuelle qui le requiert. L'enjeu est en revanche de vérifier qu'il n'y ait pas de troubles sous-jacents ou en cours d'installation, de trouver un praticien qui fera le bon diagnostic.

**Dominique Fénéon** ajoute qu'il y a effectivement plus de suicides « *réussis* » chez les garçons mais plus de tentatives de suicides chez les filles. De plus, les filles ont tendance à consulter plus facilement et à s'exprimer sur leurs ressentis internes. Les garçons restent toujours dans l'idée de garder une certaine réserve sur leurs sentiments et sont souvent accompagnés par des adultes en consultation. Sur la question du TDAH par exemple, la version hyperactive est plus souvent diagnostiquée chez les garçons que chez les filles dans la mesure où elles souffrent davantage de troubles de l'attention, ce qui pose moins de difficultés en classe.

**Un participant** demande des précisions sur les consommations « *autres* » régulièrement mentionnées dans les présentations. Par ailleurs, il partage son étonnement concernant le peu d'importance accordé à l'accès aux substances par internet.

**Julien Cabé** répond que les consommations « *autres* » renvoient à des situations dans lesquelles les jeunes ne savent pas quels médicaments ils consomment. Bien souvent, les prescriptions sont sous la responsabilité des parents et les jeunes ont simplement une idée de la fonction du traitement sans toutefois en connaître le nom ou la composition.

Concernant l'accès par internet, les présentations portent avant tout sur les aspects médicamenteux, or les jeunes n'ont pas encore le réflexe de commander des médicaments par internet. Il est probable que les chiffres soient différents pour une population adulte.

**Célian Bertin** ajoute qu'il est plus simple, et gratuit, de se servir dans la pharmacie familiale.

**Une participante**, doctorante en santé publique et anthropologie de santé, demande si la construction de l'identité de genre particulièrement importante au moment de l'adolescence avait également été prise en compte dans les études qui ont pu être présentées. Elle demande également si des informations sont disponibles concernant l'usage récréatif chez les personnes qui n'ont pas nécessairement de troubles de la santé mentale.

**Julien Cabé** précise que les deux études présentées portent sur le plan épidémiologique, avec des données recueillies il y a 5 à 6 ans. Les données OMS mentionnées n'ont pas non plus ouvert la question du genre au-delà du masculin/féminin. L'enquête a également été menée en 2017, les questions d'identité de genre étaient alors moins prégnantes. Aujourd'hui, il serait en effet intéressant d'ouvrir la question. Pour précision, les enquêtes permettent de répondre en ne mentionnant pas de genre. Le sujet est d'autant plus pertinent qu'il est désormais connu qu'un grand nombre de « *jeunes filles* » se positionneraient plutôt dans un spectre non binaire.

Concernant l'aspect récréatif, la recherche de sensations ou d'effets n'est pas très significative dans les mésusages de médicaments. En revanche, une étude similaire porte sur les usages de drogues et

témoigne que les variations de profils d'usage et de produits sont importantes. Si les jeunes se montrent rationnels sur les médicaments, ils savent aussi identifier les fonctions des différentes substances psychoactives. Il est intéressant d'observer que les profils varient en fonction du degré de pathologie addictive. En outre, les facteurs de recherche de conformité sociale et de curiosité se retrouvent beaucoup chez les profils expérimentateurs tandis qu'ils sont totalement absents des profils de jeunes qui présentent déjà un trouble de l'usage. Il est donc possible d'affirmer que de nombreux jeunes consomment pour se soulager et non pour « *se défoncer* », avec des motivations fluctuantes selon leurs usages et les produits consommés.

**Julien Bouvret**, groupement Addictions Franche-Comté, s'interroge quant aux relations existantes entre les maisons des adolescents (MDA) et d'autres structures compétentes sur le territoire, pour favoriser le repérage des troubles addictifs et l'adressage des jeunes lors des consultations jeunes consommateurs (CJC). Les acteurs sont présents sur le territoire, sans pour autant parvenir à communiquer et agir ensemble.

**Dominique Fénéon** indique que le CHU de Clermont-Ferrand a mis en place des consultations jeune consommateur directement dans la MDA. Un partenariat a en effet été construit avec Addictions France, ce qui a permis de compter sur la présence d'un responsable CJC à l'intérieur de la MDA. Elle conduit à la fois des entretiens tout-venant et, le cas échéant, propose un suivi personnalisé. Ce suivi a toutefois lieu à l'intérieur de la MDA, des études ayant montré que la visite des jeunes concernés dans les locaux d'Addictions France pouvait favoriser des relations entre eux avec un maintien dans la consommation.

**Célian Bertin** ajoute que certaines villes ont mis en place des dispositifs CJC hors-les-murs (*maisons d'adolescents, collèges*) qui montrent de bons résultats. Sur les espaces de premier recours, il indique qu'un groupe de travail HAS débutera prochainement sur les stratégies de prévention des addictions chez les adolescents en médecine de premier recours. Il s'agit d'une nouveauté.

**Une participante** informe en effet les participants du lancement par l'Association Addictions France d'une dizaine de CJC sur le territoire, entre autres dans plusieurs établissements scolaires. Le territoire des Combrailles, qui n'était pas pourvu de tels dispositifs jusqu'alors, est par exemple concerné.

Des CJC sont par ailleurs organisées pour les mineurs et jeunes et prison, à Marseille. Dans le Nord, l'EPSM mène enfin un travail important avec l'Éducation nationale.

**Georges Brousse** souligne ici le lien à tisser avec les équipes pédagogiques. Pour prendre le cas du programme Unplugged, il s'agit d'un excellent programme dans la prévention des conduites addictives chez les jeunes, or il est confronté à la difficulté d'acculturer ou de s'associer aux équipes pédagogiques des milieux scolaires et sportifs pour se développer. En l'absence de ce travail de prévention, le CHU n'est sollicité que pour des états de crise et doit répondre rapidement à des problématiques en réalité complexes.

Il observe que la table ronde aurait pu convier un représentant des médecins généralistes omnipraticiens qui sont fortement sollicités, d'autant plus que l'accès aux soins est de plus en plus limité. La formation des médecins généralistes et le lien qu'ils pourraient avoir avec des professionnels spécialisés de la santé mentale et des addictions sont des éléments importants. Les professionnels du côté de la psychiatrie, de la pédopsychiatrie et de l'addictologie doivent travailler à renforcer ces liens de formation et de réponse aux collègues médecins généralistes qui sont en première ligne pour les prescriptions auprès de ces jeunes.

**Dr Casanova**, généraliste addictologue, confirme que les médecins généralistes sont en première ligne, doivent faire face à la souffrance des parents dont les enfants ne dorment pas, traversent des crises suicidaires plus ou moins aiguës, dont il faut parvenir à différer l'urgence. Concernant la prescription médicamenteuse, il est malheureusement difficile de limiter la prescription alors qu'une boîte entière sera quoi qu'il arrive délivrée en pharmacie. Elle regrette l'absence d'un représentant de la CPAM afin de faire remonter le sujet.

**Célian Bertin** s'associe au propos sur le nécessaire déconditionnement des médicaments. Il remarque un important lobbying pharmaceutique pour qu'il n'y ait pas de déconditionnement. L'ensemble des pays qui sont passés au déconditionnement des traitements voient leur taux d'intoxication médicamenteuse volontaire diminuer.

**Dominique Fénéon** souligne ici l'importance de travailler avec les parents sur la mise en sécurité des médicaments, qui ne doivent être pris que sous surveillance parentale.

**Frédéric Plot-Cabron**, médecin au CSAPA de Montluçon, rappelle qu'il est possible d'indiquer régulièrement la délivrance exacte sur l'ordonnance. Par un travail de partenariat avec les pharmaciens d'officine, il parvient à faire accepter une délivrance fractionnée du traitement.

**Célian Bertin** reconnaît qu'il s'agit d'une solution pour les TSO, en revanche il est plus difficile de le négocier pour d'autres types de traitements.

**Mathieu Chappuy**, pharmacien, précise en effet que le pharmacien est dans l'obligation de facturer la boîte. Il est toutefois possible de demander, pour les médicaments conditionnés en blister, de découper la quantité prescrite et de jeter le reliquat ou de le conserver pour une éventuelle nouvelle prescription au même patient. Le cas échéant, les indications doivent être inscrites sur l'ordonnance et il est préférable de contacter par téléphone le pharmacien.

**Georges Brousse** met en exergue l'importance d'une régulation tripartite entre le patient, le prescripteur et le pharmacien qui délivre.

Les présentations amènent finalement à une idée de paradoxe. Il est en effet nécessaire de former la population sur la question de la régulation et de l'automédication en partageant avec le patient l'expérience de la pédagogie thérapeutique, de l'autosoulagement, de l'automédication, à travers une prescription régulée. Il n'y a qu'en élevant les compétences des patients, qu'il sera possible d'aboutir à une médecine personnalisée de performance. Cependant, la prescription médicamenteuse est extrêmement descendante et peut être suspendue au moindre doute, laissant les patients démunis pour traiter leur douleur. En ce sens, l'exemple des opioïdes est évocateur.

**Célian Bertin** ajoute que le paradoxe se nourrit de la difficulté éprouvée pour revoir les patients et les réévaluer régulièrement.

Pour conclure, **Georges Brousse** remarque qu'en ce qui concerne les TSO et les opioïdes, l'accès au traitement doit être le plus facilité et le plus rapide possible, en limitant les délais d'attente et en augmentant le temps d'accès (*par des échanges téléphoniques, des consultations plus courtes dans un premier temps avant de les espacer*).

Il remercie les intervenants de cette première table ronde.

## OUVERTURE DES 29<sup>es</sup> RENCONTRES DU RESPADD

### ➤ **Président de séance : Pr Amine Benyamina, président du RESPADD (en visioconférence)**

**Amine Benyamina**, Président du RESPADD, regrette de ne pas pouvoir être présent physiquement. Il remercie chaleureusement les équipes du CHU de Clermont-Ferrand pour son accueil des 29<sup>e</sup>s rencontres du RESPADD. Il remercie particulièrement Georges Brousse, Christine Rougier, la Directrice adjointe du CHU ainsi que Sylviane Tardieu, Adjointe à la Santé publique, et Davy Beauger, le Directeur de la Santé publique à l'ARS.

En introduction, il rappelle que la problématique des médicaments est un sujet éminent, qui a fait l'objet d'un travail de publication et d'un guide éponyme par le RESPADD. Il remercie l'engagement du pharmacien Nicolas Bonnet d'autant que les équipes ont éprouvé de grandes difficultés à faire publier le rapport. Un exemplaire sera proposé à chaque membre du colloque.

Il souligne la présence, en Auvergne et à Clermont-Ferrand, de spécialistes, d'un observatoire de la douleur présidé par Nicolas Authier et d'un centre d'addictovigilance présidé par Caroline Victorri, justifiant la pertinence d'organiser les rencontres sur ce territoire. Durant ces deux journées, il sera question des opioïdes et du cannabis (*naloxone*), des psychédéliques, des benzodiazépines et autre prégabaline qui, évidemment, sont devenus une problématique de santé publique avec des demandes de sevrage ou de prise en charge qui font désormais partie du paysage. Le deuxième jour, un débat sera ouvert sur les médicaments, « *poison, remède ou défonce ?* ». Le terme de « *drugs* » sera probablement évoqué dans ce cadre, englobant chez les Anglo-Saxons des significations variées, des drogues aux médicaments.

Il profite de son temps de parole pour saluer Philippe Batel, vice-président de l'Association SOS-Addictions, et Didier Jutras-Aswad, du CHU de Montréal. Il salue également les invités aux tables rondes, dont Guillaume Airagnes de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, et Nathalie Richard de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé, qui sont des fidèles des rencontres du RESPADD.

Il remercie enfin l'équipe du RESPADD dans son intégralité avant de souhaiter des travaux passionnants aux participants, leur donnant rendez-vous en présentiel lors du Congrès de l'ALBATROS qui se déroulera du 09 au 11 juin.

## PLÉNIÈRE : LE DÉFI DES OPIOÏDES

### **Discutant :**

#### ➤ **Pr Nicolas Authier, CHU de Clermont-Ferrand**

**Nicolas Authier** introduit la séance plénière.

Il y a 15 ans maintenant, une consultation dédiée à la consultation sur l'indépendance médicamenteuse a été créée et s'est avérée utile, notamment face à la dépendance liée aux antalgiques et aux anxiolytiques. L'après-midi débutera donc par une plénière sur le défi des opioïdes. Puis, une table ronde sera organisée avec l'Observatoire français de la douleur et des antalgiques, rattaché à la Fondation Analgesia et qui génère des données d'épidémiologie à partir des problématiques de douleur et de médicaments antalgiques. Enfin, cette première journée prendra fin sur une plénière autour du cannabis médical animée par lui-même.

**Intervenant :**

- **Didier Jutras-Aswad, Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, CHU de Montréal, Canada**

**Nicolas Authier** propose d'accueillir sous forme d'une vidéo le professeur Didier Jutras-Aswad, médecin psychiatre, chef du service de psychiatrie au CHU de Montréal et professeur de psychiatrie et d'addictologie à Montréal. Il travaille régulièrement sur les problématiques d'opioïdes ainsi que du cannabis. Ne pouvant être présent, il a enregistré son intervention. Il se connectera ensuite en visioconférence pour répondre aux différentes questions.

**Didier Jutras-Aswad**, CHU de Montréal, tient à remercier toute l'équipe du RESPADD ainsi que leur invitation à participer à ces 29<sup>èmes</sup> rencontres professionnelles. En préambule, il souhaite déclarer quelques apparences de conflits d'intérêts, soulignant que ses activités de recherche sont financées par des organismes publics. Pour une étude qui n'était pas en lien avec les opioïdes, mais également financée par un organisme public, il indique avoir reçu du matériel de recherche de cardiothérapie. Il partage également sa reconnaissance de vivre et de travailler à Tiohtià:ke, aussi connue sous le nom de Montréal, sur des territoires non cédés de la nation de Kanien'kehá:ka. Ses activités de recherche sont également menées sur une multitude de territoires traditionnels non cédés de plusieurs Premières Nations à travers le territoire maintenant connu sous le nom de Canada.

La présentation porte sur la crise des surdoses en mettant l'accent sur la crise des opioïdes au Canada. Seront évoqués les facteurs, les stratégies mises en œuvre ainsi que les limites qui ont pu être rencontrées et certaines tendances qui se dégagent ces dernières années. Il souligne un amalgame légitime entre crise des surdoses et crise des opioïdes, la majorité des décès associés aux substances et à ces surdoses étant en effet liés à l'usage d'opioïdes.

L'Amérique du Nord est particulièrement touchée par ces décès dans la mesure où plusieurs de ces régions figurent parmi les « *champions* » de l'usage d'opioïdes à travers le monde. Ces dernières années, le taux de décès associés à la prise d'opioïdes a augmenté de manière drastique. Ici, il est important de rappeler que la très grande majorité de ces décès sont accidentels, dans un contexte de consommation de substances plus puissantes, plus toxiques que ce à quoi les personnes s'attendaient dans la mesure où elles consomment le plus souvent des opioïdes non régulés. Contrairement aux idées reçues, la crise des opioïdes et des surdoses n'est pas majoritairement associée aux opioïdes sur prescription. Ces 10 dernières années, les études montrent qu'une large proportion des décès est associée à la prise d'opioïdes qui ne sont pas obtenus par prescription et qui contiennent du fentanyl. Un autre élément marquant est l'augmentation rapide du taux de décès associés aux surdoses et principalement à la prise d'opioïdes dans les années précédant la pandémie et durant la pandémie.

Cette crise a conduit une partie de la communauté scientifique et d'experts à se mobiliser et à demander le déploiement d'une réponse multifactorielle autour de 3 grands piliers. Premièrement, la révision de certaines lois et règlements qui judiciaisent et criminalisent les utilisateurs de drogue. Deuxièmement, l'accélération de la mise en œuvre de toutes les approches possibles de réduction des risques et méfaits. Troisièmement, l'amélioration de l'accès et de l'efficacité des traitements, principalement des traitements agonistes opioïdes qui demeurent une référence pour le trouble de l'usage des opioïdes.

Au Canada, les données internationales sur l'efficacité de ces traitements agonistes opioïdes ont permis de développer des guides de pratique. Il y a quelques mois, un guide a été publié en anglais et en français pour rappeler la possibilité d'utiliser la méthadone et la buprénorphine comme traitement de première intention pour les troubles liés à l'usage. Pourtant, à ce jour, les usagers d'opioïdes ont

toujours des difficultés à accéder à ces traitements lorsqu'ils le désirent. Le système de soins dispose en effet de ressources limitées et se caractérise par une grande hétérogénéité dans l'accessibilité des traitements selon les territoires. Il existe également des barrières « *auto-infligées* » avec des modèles inflexibles, stricts, où il est par exemple demandé aux patients d'être supervisés quotidiennement pour la prise de médicaments, pendant plusieurs mois au début du traitement. Ces traitements sont alors peu attractifs.

Ainsi, l'étude OPTIMA a été lancée au Canada afin de comparer le modèle de soins standard utilisant la méthadone avec une approche beaucoup plus flexible d'administration de buprénorphine qui présente un moindre risque sur le plan cardiaque et des surdoses. Les patients pouvaient avoir accès à des doses non supervisées de buprénorphine, à prendre à la maison. Les patients soumis aux deux approches ont été suivis pendant une période de 6 mois, dans différents endroits au Canada. L'étude a montré de façon très claire que le modèle de soins avec buprénorphine, plus flexible, était non seulement non-inférieur, mais pouvait même être supérieur à la méthadone pour diminuer l'usage d'opioïdes non régulés. Sur le plan des effets, la tolérabilité était comparable à celle de la méthadone y compris en termes de décès. Cette étude a toutefois soulevé certaines inquiétudes ; chez les participants exposés au fentanyl le taux de rétention en traitement était plus faible. Les interventions de soins sont probablement un peu moins utiles et efficaces pour ces profils spécifiques.

Suite à cette étude, un travail a été engagé pour traduire ces données dans la pratique afin d'intégrer l'idée de modèles de soins plus flexibles, d'une prise de décisions partagée avec le patient sur les modalités de supervision. Ce travail a transformé les pratiques au Canada, dont la plupart des provinces appliquent des modalités de supervision plus souples et prescrivent la buprénorphine très tôt dans le traitement. Malgré des modèles de soins plus flexibles, les traitements de cette nature ne sont pas toujours désirés par les patients qui, même s'ils acceptent de les suivre, vont souvent continuer d'utiliser des opioïdes non régulés. D'où l'importance d'associer les stratégies de réduction des risques au traitement, dans l'idée d'une offre de soin complémentaire.

Les dernières données indiquent qu'au Canada, après des années d'augmentation, notamment pendant la COVID, il apparaît une certaine stabilité en 2023-2024, voire une tendance à la diminution en 2024, des taux de décès liés aux opioïdes. Certains scientifiques estiment toutefois que cette stabilité pourrait être expliquée par le décès par surdose d'une majeure partie des utilisateurs les plus à risque. Il existe aussi des disparités régionales, au Québec, par exemple, la tendance est toujours à l'augmentation du taux de décès liés aux opioïdes en 2023-2024.

Parmi les défis persistant au Canada et en Amérique du Nord se pose la question de la distance à parcourir par certains patients pour avoir accès à un traitement agoniste opioïde. Cette distance peut atteindre jusqu'à 160 kilomètres. Le développement des modalités de télémédecine déjà disponibles dans certaines régions est alors en cours. Un autre enjeu important porte sur l'accès aux services de réduction des méfaits (*sécurité de l'approvisionnement, accès à du matériel d'usage stérile, sites de consommation supervisés, etc.*) sur l'ensemble du territoire. Alors que ces services permettent de diminuer significativement le nombre de surdoses fatales, leur mise en place peut rencontrer une forte opposition de la part de certains acteurs aux approches philosophiques centrées sur l'abstinence.

Le Canada développe des approches de « *safe supply* », essentiellement dans le contexte de la crise des surdoses (*ex. durant la pandémie*). Il s'agit de donner accès à des opioïdes de qualité pharmaceutique, souvent sous prescription, afin d'éviter l'exposition aux marchés irréguliers. Cette initiative a également nourri de nombreux débats. Si elle permet en effet de répondre rapidement à des situations d'urgence, il est nécessaire de faire preuve d'une grande rigueur dans les modalités de

mise en œuvre. Un travail important reste alors à produire sur le « *si, pourquoi et comment* » utiliser le *safe supply*.

Dans le contexte de crise et de décès, tel que le Canada l'expérimente, des acteurs se sont mis à proposer de traiter de façon involontaire les personnes qui avaient un trouble de l'usage. Il s'agit de forcer des usagers, de leur administrer un traitement contre leur gré, comme cela peut être observé en psychiatrie pour des personnes déclarées inaptes. Cette approche pose de multiples questions éthiques. Plusieurs experts, dont l'intervenant fait partie, ont publié un écrit sur les enjeux d'une telle pratique alors que les personnes souffrent d'un trouble chronique pour lequel il est difficile de déterminer des traitements dans la durée. Cette approche ne présente pas de bases solides en matière de données scientifiques, en plus de présenter des coûts élevés.

D'autres défis non résolus peuvent être cités. Par exemple, la consommation de tabac avec une disparité dans les profils d'usage et de surdose à travers le Canada. Désormais, les surdoses surviennent par ailleurs beaucoup dans des milieux résidentiels et les modes de consommation évoluent (*ex. inhalations*), ce qui invalide les modalités de réduction des risques pensées initialement pour l'injection. De nombreux obstacles s'opposent aussi au déploiement du « *drug checking* » à grande échelle, qui permet aux personnes de suivre leur consommation. De plus, la criminalisation est associée à toutes sortes de difficultés, telles qu'un impact sur l'acceptabilité sociale qui peut finalement avoir des effets néfastes. Des programmes en ce sens ont d'ailleurs été supprimés en Colombie-Britannique et dans l'Oregon. Enfin, **Didier Jutras-Aswad** insiste sur le poids de la stigmatisation, y compris dans un pays considéré relativement progressiste comme le Canada. Les sites de consommation supervisée ont en outre du mal à s'implanter dans différentes régions de par le manque d'acceptabilité sociale au sein de la population. Des efforts de dialogue et de communication doivent alors être poursuivis en ce sens.

Pour conclure, il partage avec les participants ce que plusieurs des scientifiques considèrent comme la « *prochaine grande crise des surdoses* » associée aux stimulants. Il y a quelques années, une augmentation drastique de l'implication du fentanyl a pu être constatée dans les décès liés aux surdoses au Canada. Juste derrière se positionnent les méthamphétamines ou amphétamines. Aux États-Unis, les données américaines montrent que les personnes ayant un trouble à l'usage de stimulants sont davantage exposées aux risques cardiaques majeurs. À titre personnel, l'intervenant indique recevoir chaque semaine des appels à l'aide de partenaires de la santé publique qui ne savent pas comment agir face à la montée de la toxicité des stimulants disponibles sur le marché. Un agenda de travail doit être mis en place pour faire face à cette crise. Ainsi, un large essai chimique randomisé a notamment été lancé pour tester des modalités de type agoniste pour les troubles liés à l'usage de méthamphétamines.

Il remercie ses partenaires, les équipes de recherche avec lesquelles il travaille au quotidien et les organismes qui financent ces projets. Il exprime une pensée émue à Alexandra D., co-chercheuse impliquée dans différentes initiatives en lien avec les substances et malheureusement décédée il y a quelques années des suites d'une surdose. Elle était une figure importante des travaux sur l'addiction le traitement pour le VIH et l'hépatite C au Canada.

#### ➤ **Questions du public**

**Bertrand Lebeau-Leibovici** s'étonne tout d'abord de l'utilisation du mot de « fentanyl » au singulier par le Dr Jutras-Aswad. Par ailleurs, il demande si le Canada est également concerné par les cathinones de synthèse.

**Didier Jutras-Aswad** répond que le marché des opioïdes et des dérivés est extrêmement changeant au Canada. Certains laboratoires, notamment l'organisme Santé Canada, font de la détection des différentes substances présentes dans les drogues saisies. Ce travail témoigne d'un marché extrêmement dynamique avec l'apparition et la disparition de différentes substances opioïdes et autres drogues de synthèse. Le marché autrefois largement occupé par l'héroïne et les opioïdes prescrits médicalement a évolué vers un marché où la grande majorité des substances provient de laboratoires illicites. Ce marché non régulé est aussi significativement plus chaotique qu'autrefois, avec une panoplie de laboratoires qui proviennent de plus petites organisations et rendent difficile une vision d'ensemble.

**Mathieu Chappuy**, pharmacien, demande si de nouvelles informations sont disponibles sur la mise en pratique des résultats de l'étude OPTIMA. En outre, la prise supervisée est un frein conséquent en Amérique du Nord avec seulement 20 % de personnes ayant accès à un tel traitement, contre 87 % en France.

**Didier Jutras-Aswad** estime, d'une part, que l'Amérique du Nord a une histoire moins longue avec la buprénorphine que l'Europe. D'autre part, la superficie des territoires entraîne une hétérogénéité dans l'accès aux traitements, avec des provinces plus réticentes que d'autres. Pour autant, il souligne des changements de pratiques positifs depuis l'étude OPTIMEA, voire un peu avant, dans certaines régions plus progressistes avec la mise en place de doses mensualisées.

**Juliette H**, médecin addictologue, souhaiterait des précisions complémentaires sur la mise en place de différents traitements agonistes dans le cadre du trouble de l'usage de la méthamphétamine.

**Didier Jutras-Aswad** invite à consulter une publication de guide de pratiques parue fin 2023 et produite par l'Association américaine de médecine de l'addiction. Ce guide évoque des pratiques proactives dans la proposition de traitements (*bupropion topiramate, mirtazapine, psychostimulants*) pour les troubles liés à l'usage de la méthamphétamine. Toutefois, ces pratiques n'ont pas encore été complètement intégrées sur le plan clinique. Au Canada, une étude est également menée pour tester de hautes doses (250 mg) de dexamphétamine dans une approche de traitement agoniste. Dans les prochaines années, des données devraient être obtenues pour une approche plus proactive, notamment sur le plan pharmacologique.

À ce stade, l'approche de dexamphétamine remporte un taux de rétention des personnes dans le traitement d'environ de 75 % à 80%, ce qui est très positif et laisse supposer des données intéressantes à l'issue de l'étude. En outre, le taux de rétention est le grand défi avec les usagers de métamphétamines.

**Nicolas Authier** demande si le Canada a mis en place sur son territoire – à l'instar de la France – la possibilité de recevoir par la poste du matériel de réduction des risques, justement pour faciliter l'accès à ces dispositifs pour les populations plus isolées. Aussi, il demande si les difficultés d'accès à certains médicaments (*ex. morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone, etc.*) ont eu un impact sur la qualité de la prise en charge de la douleur.

**Didier Jutras-Aswad** répond que non, l'utilisation de ce matériel qui pourrait permettre de les identifier comme usagers de drogues peut faire l'objet d'une certaine réticence de la part des personnes. Il est en revanche possible de se présenter dans les pharmacies communautaires pour récupérer du matériel.

Concernant la prise en charge de la douleur, il confirme que des usagers ont rencontré des problématiques d'accès à des traitements appropriés. Actuellement, sur le terrain, il semble qu'un

retour à l'équilibre soit opéré notamment grâce à la clarté des données sur le fait que la majorité des décès ne proviennent pas des opioïdes de prescription. L'attention se porte désormais principalement sur les marchés non régulés, ce qui laisse place à des prescriptions plus flexibles pour le traitement de la douleur.

## TABLE RONDE

**Organisée en partenariat avec l'Observatoire français de la douleur et des antalgiques (OFDA)**

**Discutant(e)s :**

- **Pr Xavier Moisset, CHU de Clermont-Ferrand**

**Intervenant(e)s :**

Exposition des Français(e)s aux antalgiques opioïdes

- **Anne-Priscille Trouvin, médecin de la douleur, Hôpital Cochin – Port-Royal, AP-HP, Paris**

**Anne-Priscille Trouvin**, Hôpital Cochin, remercie les organisateurs pour leur invitation.

À l'échelle internationale, la France se situe plutôt dans la moyenne (*voir graphique slide 2*). Le pays qui tire la courbe vers le haut est la République tchèque, toutefois, les données sont difficilement comparables dans la mesure où elles sont extraites de leurs contextes pour les publications. Ce même graphique montre que la France est proche de zéro s'agissant des décès imputables aux opiacés. En revanche, un autre graphique permet de constater qu'en termes de signaux de mésusages, la France se positionne dans le même cluster que les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni.

Pour avoir une vision la plus réaliste possible de la situation en France, l'intervenante s'est appuyée sur le Système national des données de Santé (SNDS). Cette base de données est composée de l'ensemble de la consommation de soins des Français, de la délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux en pharmacie uniquement (*absence de données pour les délivrances en intra-hospitalier au cours d'un séjour hospitalier*), de la réalisation d'examen biologiques et d'examen d'imagerie. Des données démographiques sont également disponibles. En revanche, sont absentes de cette base les données cliniques issues des dossiers médicaux (*ex. intensité de la douleur*), les résultats des examens de biologie et des examens d'imagerie réalisés, les données très spécifiques sur le mode de vie du patient, ses comportements, sa situation socio-économique ou encore sa qualité de vie.

Ainsi, d'après les données disponibles, environ un quart de la population française adulte est exposé à un antalgique opiacé au cours d'une année. Le point le plus haut est en 2017, avec 23 % de la population française adulte, tandis que le point le plus bas a été atteint pendant la pandémie, à 21,3 %. Depuis la crise sanitaire, les chiffres ont légèrement augmenté pour finalement redescendre à son niveau initial. L'étude des molécules témoigne d'une convergence du tramadol, de la codéine et de l'opium à peu près au même niveau d'exposition annuel soit environ 8 %. La morphine augmente légèrement, l'oxycodone se stabilise progressivement tandis que le fentanyl a une tendance à la décroissance.

Sur la période de 10 ans considérée au cours de l'étude, les admissions en milieu hospitalier en lien avec la prise d'un antalgique opioïde augmentent de plus de 50 %, et de plus de 43 % en ne considérant que les adultes. Pour précision, ces chiffres ont été obtenus *via* les codes PMSI T400 et T402, qui sont les codes d'intoxication aux narcotiques, or il est possible que les médecins de médecine polyvalente n'utilisent pas la même qualification lorsqu'ils admettent ces mêmes patients. Il est alors fort probable que les chiffres représentent une sous-évaluation de la morbidité potentielle des médicaments

concernés. Le chaînage avec la base de données du CépiDC permet d'analyser la mortalité jusqu'en 2022, témoignant d'une augmentation de la mortalité imputable à un antalgique opiacé à hauteur de plus de 70 % sur la période considérée. De nouveau, il est possible que les chiffres soient sous-évalués.

Des recommandations existent depuis 3 à 4 ans pour l'utilisation en matière de douleurs chroniques non cancéreuses, que l'on se situe en France, en Europe ou aux États-Unis. Malgré tout, les courbes continuent d'augmenter. Sur les 3 périodes observées (*pré-pandémique, pandémie, post-pandémique*), 1,6 million à 1,7 million de Français adultes est exposé à une prise chronique – au moins 3 mois – d'antalgique opiacée sans souffrir d'un cancer. Ces patients ont en moyenne 62 ans, avec une majorité de femmes (+ 60 %). La plupart des patients dans chaque cohorte ont eu en moyenne une seule séquence de chronicité, pour une durée moyenne de 287 jours. Les molécules chroniques les plus prescrites sur la période pré-pandémique étaient le tramadol, qui devançait la codéine, puis l'opium. L'opium est passé en seconde position depuis l'accord 2022-2023. Il sera intéressant d'analyser les chiffres de 2025, depuis le passage à la prescription sécurisée qui n'a concerné que la codéine et le tramadol.

Pour reprendre les recommandations, celles de l'European Pain Federation (EFIC) indiquent de ne pas débiter une prescription d'opioïdes pour une douleur chronique non cancéreuse chez un patient qui présente un trouble affectif sévère et/ou des idées suicidaires. Si cette prévalence est en baisse, environ 5 % des patients observés dans les cohortes répondaient à la présence de l'un de ces troubles. Les recommandations européennes et de la Haute autorité de santé (HAS) appellent à la vigilance sur l'interaction et la coprescription opioïdes et gabapentinoïdes (*14,8 % à 15% pendant la pandémie, 13 % en post pandémie*). Si les Européens recommandent de ne pas prescrire de façon simultanée des antalgiques opioïdes en chronique et des benzodiazépines, les recommandations de l'HAS évoquent une simple vigilance. En outre, au sein des cohortes de patients exposés chroniquement aux antalgiques opioïdes, plus de 40 % ont une coprescription. Les fentanyl d'action rapide ne sont pas recommandés, ni dans les recommandations européennes ni dans les recommandations de l'HAS. Dans les cohortes françaises, le taux d'exposition est d'ailleurs extrêmement faible, ce qui est positif.

Entre 2018 et 2023, une légère baisse de l'usage chronique des antalgiques opioïdes est constatée dans des contextes de douleurs non cancéreuses, ce qui semble témoigner d'une meilleure adhésion aux recommandations. Toutefois, il est important de garder à l'esprit les 40 % des patients sous coprescription d'opioïdes et de benzodiazépines.

Un certain nombre de papiers ont été publiés dans l'objectif d'améliorer l'adhésion des prescripteurs aux recommandations de prescription. Par exemple, à l'issue d'une formation obligatoire pour tous les orthopédistes d'un hôpital universitaire, une réduction moyenne de la quantité totale de morphine prescrite a été observée. Il y a également eu une baisse significative des pratiques de prescription à l'issue des prises en charge orthopédiques ambulatoires. Un autre exemple de diffusion des recommandations est rapporté, soit l'envoi d'un e-mail aux chirurgiens plasticiens d'un hôpital universitaire, qui a conduit à la diminution d'un quart du nombre moyen de comprimés sur chaque ordonnance en sortie après chirurgie. Les 9 études recensant ces différentes interventions ont systématiquement mis en exergue des résultats pertinents dans l'amélioration des pratiques.

Pour conclure, **Anne-Priscille Trouvin** souligne l'importance de travailler à la diffusion du modèle de Pathman auprès des médecins. Afin de s'assurer de l'adhésion aux différentes recommandations, ces dernières doivent être interdisciplinaires et fondées sur des preuves. Enfin, le médecin doit pouvoir décider d'intégrer les recommandations dans sa prise en charge et s'y pencher de façon régulière, d'où l'importance de maintenir un certain niveau d'éducation des prescripteurs.

La France semble ainsi avoir stabilisé les prescriptions d'antalgiques opioïdes, du moins en usage chronique, mais certains aspects des recommandations – en particulier les coprescriptions – semblent encore peu appliqués. Considérant que les recommandations sont systématiquement longues de 50 à 90 pages, elle interroge la capacité des bases de données à cibler des messages d'information clairs pour les prescripteurs afin qu'ils continuent d'améliorer leurs pratiques.

➤ **Questions du public**

**Une participante**, doctorante en santé publique et anthropologie de santé, demande combien de Français adultes, parmi le 1,7 million exposé à une prise chronique d'antalgique opiacée hors cancer, ont effectivement développé des troubles de l'usage. Elle s'interroge ensuite sur l'impact du passage à la prescription sécurisée évoqué par l'intervenante, en particulier sur la consommation de codéine.

**Anne-Priscille Trouvin** répond que les données du SNDS ne permettent pas de déterminer combien de personnes ont développé des troubles de l'usage tant qu'elles n'ont pas été hospitalisées et en l'absence de code PMSI qui permettrait de tracer l'addiction ou le mésusage. Il s'agit d'une limite importante du codage utilisé dans les hôpitaux. De la même manière, elle n'est pas en mesure d'apporter des données chiffrées sur la consommation de codéine hors prescription ; l'achat de médicaments ou tout autre acte médical ou paramédical effectué sans présentation de la carte Vitale n'apparaissent pas dans le SNDS.

**Un participant**, médecin addictologue, constate que l'association paracétamol-codéine ou paracétamol-tramadol est en pratique un désastre chez toutes les personnes qui la consomment sur une longue durée. En outre, le paracétamol est la première cause toxique de transplantation hépatique en France. Il sollicite l'avis de l'intervenante sur la possibilité de cesser ce type d'association.

**Anne-Priscille Trouvin** n'est pas en mesure d'exprimer un avis argumenté au sujet de ces associations, qui ne sont pas aujourd'hui remises en cause à sa connaissance.

**Un participant** estime que, sur une durée modérée, il existe un réel intérêt à cumuler les antalgiques. En revanche, il n'est pas certain que des données existent pour des traitements chroniques de longue durée.

**Anne-Priscille Trouvin** remarque que la question est particulièrement récente, il n'existe pas encore de données à ce stade. Il sera en effet important de s'intéresser au sujet, d'autant que le renforcement de la prescription de naloxone figurait dans les recommandations de l'HAS de 2022.

**Xavier Moisset** demande si, suite à la diminution des prescriptions d'opioïdes par les prescripteurs formés, le confort du patient et l'antalgie obtenus ont également fait l'objet d'une évaluation.

**Anne-Priscille Trouvin** confirme que la diminution ne s'accompagnait pas d'un inconfort ou d'une plainte du patient sur la prise en charge de sa douleur.

**Nicolas Authier** observe que l'intérêt de cette diminution des prescriptions d'opioïdes est également de réduire le reliquat de comprimés dans l'armoire à pharmacie et, par conséquent, de réduire l'automédication.

**Xavier Moisset** demande si de premiers résultats sont disponibles sur la délivrance de codéine, tramadol et poudre d'opium suite au changement des règles de prescription opéré depuis mars 2025.

**Anne-Priscille Trouvin** répond que le travail est en cours, toutefois il est légitime de s'attendre à une augmentation significative de l'opium.

## Algie vasculaire de la face (AVF) et usage de psychotropes

### ➤ **Célian Bertin, OFDA**

**Célian Bertin** rappelle que l'AVF est une céphalée rare (0 à 1 % de la population générale), sévère, avec une douleur importante généralement située d'un côté de l'œil et décrite par les patients comme étant « *un pieu qui s'enfoncé* » ou « *un œil arraché* ». Elle s'accompagne de signes dysautonomiques avec des larmoiements et un écoulement nasal, elle survient par crises plus ou moins espacées. Il est possible de constater une prédominance masculine chez les patients, soit un ratio de 4 pour 1, néanmoins, la littérature laisse penser à un équilibre de ce ratio avec une proportion plus importante de femmes concernées ces dernières années. Le pic d'incidence se situe entre 20 et 40 ans, avec une moyenne plus âgée chez la femme.

L'un des surnoms de l'AVF est le *suicide headache*, jusqu'à 55 % à 65 % des patients concernés ayant déclaré avoir des idées suicidaires lors des crises. La douleur est estimée dans les études autour de 9,7/10, sachant que la douleur de l'accouchement est généralement située à un peu plus de 7/10. Les facteurs déclenchants fréquents sont l'alcool, les changements de rythme veille-sommeil et les situations stressantes, les odeurs fortes, les températures extrêmes.

En termes de physiopathologie, les mécanismes ne sont pas tout à fait élucidés. Il semblerait exister une interaction centrale entre l'hypothalamus, qui serait responsable du déclenchement de la crise, de son rythme et des signes dysautonomiques, et une activation du système trigémino-vasculaire qui libérerait les neuropeptides responsables de la douleur. Puis des boucles réflexes trigémino-autonomiques entretiendraient les crises.

S'agissant de la prise en charge, les traitements conventionnels ont trois visées. La première est de casser la crise. La seconde est préventive, afin de réduire la fréquence, la durée et l'intensité des crises. La troisième est de mettre en place des traitements de transition pour contrôler rapidement la crise en attendant l'efficacité des traitements préventifs. D'après les déclarations des patients, les traitements de l'AVF sont rarement pleinement efficaces et satisfaisants, ce qui conduirait à la consommation de substances psychoactives illicites et/ou de médicaments détournés de leur usage initial ou surconsommés. Il existe alors un enjeu de santé publique majeur en raison du risque de complication, de trouble de l'usage et d'interaction médicamenteuse.

L'AVF accompagne différentes comorbidités, notamment psychiatriques (*anxiété, dépression*), bien qu'il reste difficile de déterminer si ces terrains ont davantage de susceptibilité ou si la répétition des crises douloureuses mal soulagées finit par avoir un retentissement psychique important. Parmi les facteurs de risques figurent également d'autres types de céphalées fréquemment associées aux AVF et le trouble de l'usage de substances. Une étude allemande datant de 2024 aurait en effet conclu que 24 % de la population générale consomme des substances psychoactives (*cocaïne, héroïne*), contre presque 32 % pour la population qui souffre d'AVF. Or, la cocaïne peut justement favoriser les céphalées. Pour précision, les éléments qui seront présentés ne concordent pas nécessairement avec les résultats de cette étude. Le tabac est par ailleurs un facteur de risque régulièrement mentionné dans l'AVF dans la mesure où il majorerait la précocité des crises.

Quoi qu'il en soit, le fait de souffrir d'AVF comporte un impact majeur sur la qualité de vie.

Afin d'étoffer son propos, l'intervenant s'est intéressé aux témoignages des usagers. 3 communautés trois actives sur l'AVF se sont distinguées dans les recherches ; Clusterbusters (*organisation à but non lucratif centrée sur l'AVF*), Reddit (*site web communautaire américain de discussion et d'actualité*) et psychoactif (*espace d'échanges et de soutien pour les personnes concernées par l'usage de substances*

*psychoactives*). Les propos tenus par les personnes qui participent à ces 3 forums montrent une quête de solution alternative, une grande situation de désespoir face à l'inefficacité des traitements classiques, la recherche d'un soulagement rapide sur les douleurs, d'une reprise de contrôle sur la maladie. Sur psychoactif, les questions d'expérimentation et d'automédication ont tendance à être au premier plan, avec cependant une grande méfiance dans les commentaires sur les risques de dépendance et d'effets indésirables associés aux expérimentations.

Les substances qui se détachent le plus sont les psychodysléptiques classiques (*LSD, psilocybine*), utilisés à la fois en préventif et en abortif. Des témoignages en préventif rapportent des résultats qui seraient « *spectaculaires* », avec des profils de consommateurs d'hommes jeunes et jusqu'à des âges moyens, avec des AVF chroniques ou très réfractaires et qui sont actifs sur les forums spécialisés. Leur mode de consommation est principalement en *microdosing* dont le calcul se base sur les données du site Zamnesia (*0,1 à 0,3 mg pour le LSD, 0,2-0,5 mg en psilocybine*), une méthode qui reste approximative. Les modes d'administration sont le plus souvent la voie orale ou sublinguale. Les usagers revendiquent une consommation en dehors de tout cadre récréatif, qui s'inscrit dans une logique d'automédication. Malgré l'administration en *microdosing*, des risques psychiques sont associés à cette pratique, de même que des risques interactions avec les autres traitements proposés dans un cadre médical plus standardisé, notamment avec les sérotonines énergiques. Globalement, les études et des séries de cas, que ce soit dans la littérature scientifique ou dans la littérature grise, rapporteraient des effets positifs dans 22 % à 40 % des cas. Il reste cependant compliqué de mener des essais randomisés et contrôlés de bonne qualité dans ce type de situation. Peut-être serait-il intéressant de mener une étude plus structurée.

Le cannabis, qui paraît être assez régulièrement utilisé, aurait davantage un objectif antalgique, sédatif ou anxiolytique. Il peut être utilisé aussi bien de manière chronique que limité aux périodes de crise, avec des profils de consommateurs qui sont toujours des hommes, beaucoup plus jeunes, en échec de thérapeutique ou présentant des comorbidités psychiatriques. En pratique, il semble que le cannabis n'est pas tellement consommé pour soulager l'AVF, mais pour essayer d'améliorer les comorbidités associées. Chez les patients AVF, la prévalence de l'usage de cannabis était de 15 % à 25 %, ce qui correspond finalement à un usage limité. Le mode de consommation du cannabis est inhalé et ingéré. En termes de quantités, aucun ratio THC-CBD ne semble véritablement se distinguer. Les données scientifiques ne permettent pas d'apporter de preuve d'efficacité supérieure par rapport au placebo, de plus les témoignages sont particulièrement contradictoires. Lorsqu'ils sont positifs, ils portent davantage sur les comorbidités que sur l'AVF en tant que tel.

Il existe un petit collectif d'usagers de kétamine en automédication pour soulager les crises aiguës. Les usages en prévention concernent principalement les patients en échec de thérapeutique et les témoignages ne mentionnent pas de dosage spécifique. Le profil de consommateur est celui de personnes souffrant d'AVF chronique, plutôt polyconsommateur. Il semble finalement que les patients qui souffrent d'AVF ne se tournent pas directement vers la kétamine ainsi que l'usage de cette substance reste marginal. Les voies d'administration sont intranasales et intraveineuses, hors cadre médical. Les risques sont neuropsychiatriques, s'agissant d'un dissociatif puissant. Plusieurs témoignages de patients souffrant d'AVF rapportent une toxicité vésicale et des interactions avec d'autres déprimeurs du système nerveux central.

Les opioïdes illicites sont le plus souvent consommés par des patients s'étant vu prescrire dans un premier temps des opioïdes licites à visée antalgique – malgré les recommandations négatives dans l'AVF. Il s'agit soit de se procurer des doses supérieures à ce qui leur est prescrit, soit de continuer de consommer ces opioïdes après l'application des recommandations, au détriment d'autres solutions plus efficaces. Les profils sont généralement des patients AVF chroniques, polyconsommateurs, plus

souvent dans des situations de précarité sociale. Le mode de consommation pour ces opioïdes illicites reste la voie orale pour les antalgiques. Pour les autres, la consommation se fait par voie nasale ou injection. Les complications classiques des opioïdes se retrouvent ici, ce qui soulève la question de la pertinence de prescrire de la naloxone aux patients qui ont une AVF. Les données scientifiques comme les forums déconseillent l'usage des opioïdes. Pour autant, une prévalence de 5 % à 10 % est observée chez les patients aux AVF réfractaires. Les témoignages rapportent un usage « *en désespoir de cause* », plutôt que pour des raisons de dépendance.

Concernant les stimulants (*amphétamines, méthylphénidate, cocaïne*), l'usage reste très marginal. Le cas échéant, l'usage n'est pas décrit à visée antalgique, mais plutôt comme un moyen de lutte contre les effets des traitements liés à la douleur qui ont un caractère sédatif. Les consommateurs sont de jeunes adultes, plutôt polyconsommateurs. Le mode de consommation est par voie nasale ou ingestion, et plus rarement l'injection. Sont signalés les complications cardiovasculaires classiques et des risques d'interaction avec les triptans ou les autres vasoconstricteurs. L'usage reste marginal.

Les autres éventuelles substances utilisées ne sont pas significatives et ont généralement comme objectif la gestion des comorbidités.

Pour conclure, **Célian Bertin** invite à déclarer les cas de mésusages chez les patients d'AVF de la même manière que pour le reste de la population auprès du centre d'addictovigilance.

#### ➤ **Questions du public**

**Xavier Moisset** précise à l'issue de la présentation que l'AVF est rare, cependant, elle concerne plus de 50 000 patients en France et provoque une douleur extrême qui, pour la plupart des patients, peut aller jusqu'à un ressenti à 10/10 même s'ils ont tendance à la minimiser lors d'une première consultation.

En l'absence de résultat dans un traitement classique, ces patients sont prêts à se tourner vers n'importe quelle alternative pour essayer de se soulager. Il invite à consulter les résultats d'une étude allemande sur les anticorps anti-CGRP, qui a montré que 35 % des patients ont observé des améliorations par le placebo et 33 % avec les anticorps. Dans des séries ouvertes, près d'un tiers des patients a vu son état s'améliorer par les anticorps. Ainsi, y compris dans des maladies très graves, l'effet placebo n'est pas négligeable. Avant de chercher à généraliser un traitement, il est important de disposer de données fiables.

Concernant l'usage de la kétamine, une étude nationale est en cours afin d'en constater les effets thérapeutiques réels. Les résultats devraient être publiés en fin d'année. Pour les autres molécules, la psilocybine est en effet consommée par de nombreux patients. Or, selon les kits, les concentrations d'un même champignon varient de 1 à 10. Une étude plus poussée pourrait en effet être pertinente pour être davantage à même d'aider les patients.

**Célian Bertin** partage le témoignage d'un jeune homme reçu au CHU de Clermont-Ferrand et à qui il avait été prescrit de l'oxycodone par d'autres professionnels de santé. Or, le traitement n'était pas efficace sur l'AVF, mais avait des propriétés apaisantes sur l'anxiété anticipatoire liée aux crises. Suite à des témoignages, ce dernier a appris qu'il pouvait s'injecter de l'oxycodone et a entamé une pratique d'injection majeure. Aujourd'hui, le patient est suivi dans le service de Georges Brousse et sa situation s'est fortement dégradée. Ces pathologies peuvent avoir un retentissement extrême, notamment par la consommation de substances.

**Un participant**, médecin urgentiste, indique avoir eu plusieurs fois recours à la kétamine chez des patients souffrant d'AVF et dont les douleurs ne s'apaisaient pas avec la morphine. En ce sens, il est

satisfait que des études soient engagées afin de constater les effets thérapeutiques de la substance. Il s'interroge toutefois sur les bonnes pratiques à exercer en cas d'urgence, afin de ne pas « *donner l'idée* » aux patients de consommer la kétamine en prévention et de son propre chef.

**Xavier Moisset** observe qu'en situation d'urgence, lorsque l'AVF est évoquée, le premier réflexe est de tenter les traitements validés (*oxygène à haut débit, injection de sumatriptan*). Chez un patient réfractaire, il est probablement préférable d'essayer la kétamine pour casser la période de crise plutôt que la morphine. Cette pratique est hors recommandations à ce stade, cependant elle peut s'avérer efficace et doit rester très exceptionnelle. Si les pratiques venaient à évoluer officiellement, un effort de communication important devrait effectivement porter sur les risques d'une consommation individuelle.

**Un participant** observe que les quantités de 0,1 à 0,3 mg pour le *microdosing* de LSD semblent élevées.

**Célian Bertin** répond qu'il s'agit de quantités recommandées sur des forums, elles n'ont aucune valeur scientifique.

Un protocole de sevrage du tramadol

➤ **Mathieu Chappuy, Hospices civils de Lyon**

**Mathieu Chappuy** informe en introduction les participants de ses liens d'intérêts avec Camurus, qui commercialise Buvidal.

Pour rappel, la classification OMS de 1986 définit 3 paliers de la douleur dans le cancer dont découle une classification des opioïdes basée sur leur puissance pharmacologique. Or, pour contrecarrer la faible puissance de certains opioïdes, les professionnels ont tendance à augmenter leurs posologies, ce qui entraîne une perte de sens de la classification. Finalement, il n'y a pas d'opioïde « *fort* » ou « *dangereux* », puisque le risque réside dans la posologie.

Il est impératif de traiter les situations de douleur, ou les patients s'en occupent eux-mêmes avec les produits auxquels ils auront accès.

Le tramadol est un médicament créé en 1962 par un laboratoire allemand, il a été autorisé en 1977 et a une fonction d'antalgique. Sa production est en racémique, soit une mise en miroir des formes dextrogyre et lévogyre. La forme dextrogyre est un agoniste des récepteurs mus qui va donner l'action des opioïdes, mais également un antidépresseur. La forme lévogyre est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline. Il est aussi important de regarder la métabolisation ; le tramadol, va passer par les enzymes du foie, entre autres par le cytochrome 2D6. Néanmoins, 7 % de la population caucasienne a un 2D6 qui ne fonctionne pas tandis que 1 % dispose de 2D6 ultrarapides. Ainsi, chaque personne est susceptible de métaboliser le tramadol de manière différente et, par exemple, les patients sous escitalopram – inhibiteur du 2D6 – n'auront pas d'effets avec du tramadol ni de la codéine.

Le tramadol est particulièrement prescrit en France, car il n'était pas connoté comme stupéfiant jusqu'à il y a peu de temps. Les études de décès toxique par antalgique (DTA) menées en France en 2022 montrent que le premier médicament en cause des décès est le tramadol, probablement en lien avec son utilisation plus fréquente que la morphine. L'étude OSIAP sur la falsification des ordonnances rapporte également que le tramadol est le deuxième médicament falsifié, après le paracétamol. D'où le passage sur ordonnances sécurisées de l'ensemble des opioïdes, à l'exception de l'opium.

La prévalence du tramadol dans les mésusages se retrouve partout dans le monde.

Il rapporte ensuite de l'expérience clinique du centre d'addiction médicamenteuse à Lyon (CERLAM). Les profils de consommateurs sont le plus souvent des personnes assez jeunes, qui ont rencontré le produit suite à des douleurs aiguës (*dentaires, céphalées, etc.*), qui présentent souvent un fond anxieux, voire des dépressions qui ne sont pas traitées, et qui trouveront un plaisir à consommer le produit pour son effet antidépresseur. Il s'agit rarement de polyconsommateurs de drogues illicites. Les patients valorisent l'effet « *boostant* » du tramadol, également régulièrement associé au paracétamol. Les formes à libération immédiate sont privilégiées et sont plus addictogènes. Les patients se procurent souvent le médicament dans les pharmacies familiales ou auprès de l'entourage. Le comportement de Docteur Shopping est également significatif, ce qui consiste à téléphoner à des médecins pour leur demander un renouvellement de prescription soi-disant en l'absence de leur médecin traitant. Il est toutefois possible que l'ordonnance sécurisée permette une diminution de ces ordonnances.

La plupart des patients reçus n'ont plus de douleur et, le cas échéant, un travail est mis en place avec les algologues pour essayer de la gérer. Il n'est pas proposé de sevrage brutal ou, à la rigueur et sans autre choix, un sevrage opioïde ou un sevrage sérotoninergique. Le plus souvent, il est proposé un « *double sevrage progressif* ».

Le double sevrage progressif consiste à supprimer le paracétamol associé, puis de passer sur des formes à libération prolongée pour diminuer progressivement la posologie. En pharmacie, des formes à libération prolongée sont disponibles à 100, 150 et 200 mg sur 12 heures, voire à 50 mg. Une forme LP sur 24 heures est également disponible. L'enjeu est de calculer combien de gélules les patients ont l'habitude de prendre pour faire une équivalence le premier mois, sur 12 heures ou 24 heures. Un point de vigilance porte toutefois sur la prise du médicament, qui doit être ingéré sans croquer sous risque d'un effet immédiat.

Puis, la réduction progressive est instaurée par paliers de 50mg. Une fois que les doses AMM commencent à être atteintes, la diminution devient plus difficile. Alors, il est proposé de remplacer une gélule par des gouttes de tramadol (*10 gouttes à 8 heures puis à 12 heures*). La quantité de goutte est ensuite progressivement diminuée à son tour sur une durée d'environ 2 mois. Si la personne ne veut pas de la substitution ou que les gouttes sont consommées trop rapidement, il propose une préparation magistrale à la libération immédiate. Les gélules sont alors plus faiblement dosées.

Une alternative est la mise sous substitution, sur demande du patient ou en cas d'échec de décroissance. En première ligne, la buprénorphine est utilisée essentiellement sous forme lyophilisat ou retard. En revanche, une surveillance constante est nécessaire afin d'ajouter ou d'adapter un ISRS pour éviter le syndrome de sevrage. En deuxième ligne, la méthadone est plus rarement utilisée, notamment en cas de douleurs persistantes. L'idée est d'utiliser de petites doses de méthadone fractionnées en plusieurs fois dans la journée.

En conclusion, il répète l'importance de traiter les douleurs avec les médicaments adaptés, à bon escient et en instaurant une réévaluation précoce autant que possible. Le tramadol n'est pas sans danger, il ne doit pas être banalisé sur les ordonnances de sortie protocolisées en chirurgie ou odontologie avant même de savoir si le patient souffre de douleurs. Il ne s'agit pas non plus d'un simple opioïde, ce qui doit être pris en compte dans le sevrage.

### ➤ **Questions du public**

**Célian Bertin** demande comment justifier la production d'une préparation magistrale alors qu'une formule existe.

**Mathieu Chappuy** explique que l'article R163-1 du Code de la Sécurité sociale précise qu'il est possible de faire une préparation magistrale remboursée, devant répondre à certains critères. La démarche doit être à visée thérapeutique et aucune équivalence ne doit être disponible. Ainsi, il est nécessaire de mettre en évidence l'échec de la gestion des gouttes par le patient. Pour information, peu de pharmacies font des préparations et la plupart font sous-traiter la commande par de grandes pharmacies (*Pharmacie du Viaduc à Pélussin, Delpêche à Paris, Pharmacie des Rodiers à Marseille*). En cas de contact direct avec la Sécurité sociale, il est possible que l'interlocuteur indique un non-remboursement, cependant, les envois de facturation selon le processus classique ont toujours abouti sans difficulté.

La préparation magistrale est généralement disponible dans les 48 heures ouvrées et doit être consommée dans les 30 jours maximum dans la mesure où aucune étude de stabilité n'est produite.

**Un participant** demande quelle procédure mettre en place si les patients croquent leurs gélules. Il s'interroge également sur la possibilité nouvelle pour les pharmaciens de faire des ordonnances.

**Mathieu Chappuy** répond avoir mis en place la substitution par le passé avec un patient qui ressentait le besoin d'un acte de prise.

Concernant les ordonnances par les pharmaciens, il s'agit d'un dispositif datant de 2023 qui permet uniquement aux formations hospitaliers de faire un protocole de coopération avec le service pour renouveler et adapter les prescriptions.

**Xavier Moisset** demande si des dispositions sont prises dans le cadre du sevrage opioïde pour pallier le manque des effets des antidépresseurs.

**Mathieu Chappuy** explique proposer de l'ISRS en l'absence de douleur. En cas de douleur, les situations sont étudiées au cas par cas.

## PLÉNIÈRE : CANNABIS THÉRAPEUTIQUE : SITUATION FRANÇAISE ET PERSPECTIVES EN ADDICTOLOGIE

### **Discutant :**

#### ➤ **Julien Bouvret, Groupement addictions Franche-Comté**

**Julien Bouvret** accueille l'intervenant, médecin psychiatre spécialisé en pharmacologie et addictologie, chef des services de médecine de la douleur et de pharmacologie médicale au CHU de Clermont-Ferrand, directeur de l'OFMA et président de la Fondation Analgesia. Il est un acteur majeur dans l'expérimentation, en France, du cannabis à visée thérapeutique. Une expérimentation inaugurée à Clermont-Ferrand, qui a débuté au mois de mars 2021 et qui devait initialement durer 2 ans et ouvrir sur des perspectives thérapeutiques nouvelles. Néanmoins, cette phase d'expérimentation est toujours en cours et repoussée jusqu'en 2026, avec un discours selon lequel la France serait en retard sur le sujet. Le produit cannabis donne lieu à de nombreux débats et peut être socialement clivant.

Il partage son sentiment d'une difficulté à s'emparer du sujet collectivement et sereinement, alors même que certains consomment du cannabis de manière positive, d'autres de manière thérapeutique pour s'auto-soulager le corps ou l'esprit. En addictologie, des patients dépendants sont effectivement

accompagnés et la question de la réduction des risques et des dommages peut également se poser vis-à-vis de ce produit.

Le sujet est complexe, à la croisée de considérations scientifiques, médicales, mais aussi sociétales et éthiques.

**Intervenant :**

- **Pr Nicolas Authier, médecin psychiatre spécialisé en pharmacologie et addictologie, CHU de Clermont-Ferrand**

**Nicolas Authier**, médecin psychiatre, évoquera les pratiques autour du cannabis médical en France. Il s'attardera également, bien que cela ne soit pas d'actualité en France, sur les études en lien avec l'addictologie, puisque le cannabis médical est une famille de médicaments dont certains sont évalués pour leur intérêt éventuel dans le traitement de troubles addictifs.

En préambule, il expose ses différents intérêts avec des organismes financeurs (*projetés en séance*).

Le cannabis est une plante stupéfiante dans laquelle se retrouvent deux substances actives principales, le tétrahydrocannabinol et le cannabidiol. Ces substances sont produites uniquement dans les inflorescences femelles et au niveau de structures glandulaires (*trichomes*). Il existe une centaine de cannabinoïdes, cependant, le cannabis médical est caractérisé par ces deux substances en termes de composition. À moins d'une contamination à partir des inflorescences, les substances se situent uniquement dans la fleur.

L'usage médical du cannabis date de plusieurs millénaires, avec culture du cannabis très ancienne. Des traces de culture ont en outre été retrouvées il y a environ 10 000 ans avant notre ère, en Asie de l'Est. Les premiers écrits d'usage de cannabis dans une finalité thérapeutique ont aussi été rapportés au III<sup>e</sup> siècle av. J.-C., en Chine. Puis, d'autres écrits égyptiens, indiens, grecs, ont été retrouvés. Bien souvent, la douleur était un des symptômes fréquents dans les situations traitées (*ex. crises de goutte, accouchement, etc.*). Des écrits commençaient par ailleurs à pointer les risques de cette plante, qui n'était pas utilisée que pour des finalités thérapeutiques, mais également par des chamanes pour des états de transe, par exemple. Les effets indésirables, notamment sur le système nerveux central, ont aussi été observés dès cette époque. Le cannabis a été inscrit à la pharmacopée française entre 1866 et 1953. Il en était fait un usage très empirique avec des préparations magistrales réalisées par les pharmaciens, qui soignaient des maux divers, mais ne faisaient l'objet d'aucune validation scientifique. Effectivement, les usages de l'époque ne correspondent pas aux indications actuelles pour le cannabis médical.

Au niveau international, les situations ont évolué en termes de classification. Depuis 2020, la Commission des stupéfiants de l'ONU a retiré le cannabis du tableau 4 de la Convention des stupéfiants, ce qui a réouvert la voie d'une reconnaissance du potentiel thérapeutique du cannabis.

Les substances contenues dans le cannabis – isolées ou mélangées – peuvent être extraites de la plante, toutefois, il est rare d'obtenir un *full spectrum*. Le large spectre contient différentes substances, dont les majoritaires sont le THC, le CBD ou un mélange des deux. Il est aussi possible d'avoir des isolats de ces molécules. Des essais cliniques peuvent alors être réalisés à partir de ces substances, sans que les procédures ne dépendent de la légalisation ou de l'autorisation de ces médicaments. Les médicaments avec AMM composés de produits à base de cannabis sont possibles en France depuis 2013, le Code de la santé publique a en effet été modifié pour préparer l'arrivée d'un médicament, le Sativex, qui contient du THC et du CBD et est indiqué pour la spasticité dans la sclérose

en plaques. Cependant, ce médicament n'a jamais été commercialisé en France pour des questions économiques. Certains autres médicaments ont des autorisations d'accès compassionnels.

Enfin, l'expérimentation de l'usage médical du cannabis est issue d'une politique publique, il ne s'agit pas d'un essai clinique ou d'un protocole de recherche. Elle permet d'expérimenter quelque chose qui n'est pas légal actuellement, mais qui peut faire l'objet d'une exception dans un contexte très particulier. L'expérimentation porte alors davantage sur les conditions de prescription et dispensation de ces médicaments que sur leur bénéfice-risque, même si une étude a tout de même été réalisée.

Peut-être est-il envisageable de voir créer un statut *ad hoc* pour des médicaments à base de cannabis d'origine naturelle à horizon 2025-2026, tel que proposé par le ministère de la Santé dans la mesure où le niveau de preuve scientifique n'était pas suffisant pour donner une AMM. Ce statut serait donné avec des autorisations de l'Agence du médicament pour 5 ans renouvelables. Les textes réglementaires sont actuellement entre les mains de la Commission européenne et des États membres, avec un retour prévu pour le 20 juin. L'obtention du statut permettrait alors d'avancer sur d'autres problématiques qui s'annoncent complexes, soit le prix et le remboursement de ces médicaments. Le sujet est d'autant plus important que le traitement s'adresse à des patients souffrant de maladies chroniques, sévères et invalidantes. Il ne s'agit pas de produits de confort.

L'usage thérapeutique ou auto-thérapeutique du cannabis est d'ores et déjà bien connu. Une enquête européenne a montré que les consommateurs cherchent à réduire un stress, se détendre, s'amuser, améliorer le sommeil, apaiser une dépression, se socialiser, réduire la douleur, les inflammations ou encore améliorer des performances. Si l'usage récréatif est constaté, il est évident que les personnes recherchent aussi d'autres bénéfices. Cette complexité des usages fait écho à celle de prendre des décisions, puisque le cannabis est illicite, les usagers ne sont perçus que comme des « *drogués* » et pas comme des personnes qui se soignent. Il est donc regrettable de constater que les discours, en particulier médiatiques, ne simplifient un sujet aussi complexe.

En termes de chimie du cannabis médical, le THC et le cannabidiol ont des effets sur le corps et un intérêt potentiellement thérapeutique dans la mesure où elles ont des récepteurs ou qu'elles s'accrochent sur certains des récepteurs du corps. Les recherches menées dans les années 1970-1980 se sont intéressées à la présence dans le corps d'un éventuel système endocannabinoïde qui justifierait le traitement des situations pathologiques. Or, ce système endocannabinoïde existe, il est ubiquitaire et composé de deux grands types de récepteurs (*CB1 et CB2*). Ce système participe à l'homéostasie du corps humain, au même titre que le système sérotoninergique, noradrénergique, glutamatergique, etc., et interagit avec les autres systèmes. Il peut alors être dysfonctionnel et modulé dans certaines situations.

Le terme de « *cannabis médical* » renvoie à la définition des textes réglementaires de « *médicaments à base de cannabis* ». Il y a donc une exigence en termes de composition et de fabrication, contrairement par exemple aux huiles de CBD vendues dans des boutiques ou sur Internet. Des standards pharmaceutiques doivent être respectés dans la fabrication, des autorisations doivent être délivrées par l'Agence du médicament et il est nécessaire de disposer d'une prescription par des médecins et d'une dispense par des pharmaciens. La différence par rapport aux autres médicaments est une classification en stupéfiants, voire en substances vénéneuses pour les produits qui ne contiennent que du CBD. Ils seront soumis aux mêmes contraintes que celles des opioïdes, avec notamment une ordonnance sécurisée.

Deux médicaments existent déjà et font l'objet d'une AMM ; l'Epidiolex et le Dronabinol. L'Epidiolex est un médicament à base de CBD prescrit uniquement pour traiter des formes d'épilepsie pharmacorésistances, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Le Dronabinol ou Marinol est une

version synthétique du THC et l'origine n'est pas celle de la plante. Il est possible d'en disposer par accès compassionnel, une autorisation doit être demandée pour chaque patient sur la plateforme e-Saturne. Les autorisations doivent être renouvelées tous les 3 à 6 mois. Le Dronabinol est indiqué pour les douleurs neuropathiques périphériques ou centrales, résistantes aux autres thérapeutiques.

Globalement, les médicaments utilisés au cours de l'expérimentation sont surtout composés de CBD, avec très peu de THC. Il s'agit d'huiles à prendre par voie orale, d'origine australienne ou israélienne. Elles ne sont pas produites en France en raison de l'absence de réglementation. Il existait également des formes à vaporiser (*inflorescences séchées*), utilisées par environ 350 patients en France. L'idée était de pratiquer la vaporisation pour supprimer la combustion et permettre d'avoir un effet rapide. Toutefois, cette forme n'est plus utilisée aujourd'hui.

Les 5 indications retenues en France, dans le cadre de l'expérimentation actuelle, pour prescrire le cannabis médical sont ; la douleur neuropathique réfractaire aux thérapies accessibles, des formes d'épilepsie sévère et pharmacorésistance, des symptômes rebelles en oncologie, les situations palliatives et, enfin, la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou dans les autres pathologies du système nerveux central. Différentes sociétés savantes d'addictologie, des associations de patients en addictologie et de psychiatrie ont été auditionnées. Or, les preuves scientifiques se sont avérées insuffisantes pour élargir le spectre des indications.

Pour information les résultats des 2 ans d'expérimentation sont projetés en séance. Il n'est plus possible d'inclure de nouveaux patients depuis mars 2024, cependant, elle porte sur un total de 3 200 patients. Les médecins ont réussi à prescrire et les pharmaciens ont réussi à dispenser sans difficulté. En termes d'efficacité, au sein de la cohorte de 1 330 patients traités pour la douleur neuropathique, 32 % ont quitté l'expérimentation pour différentes raisons (*absence d'effets, effets indésirables*). Deux tiers des patients ont eu un traitement à base de THC, seul ou associé en CBD, pour arriver à un effet thérapeutique. La qualité de vie s'est améliorée chez ces patients, entre T0 et M18. Après 3 mois, 28 % des patients ont exprimé une amélioration importante à très importante de leur qualité de vie, et 32 % après 6 mois. Les chiffres peuvent sembler peu significatifs, néanmoins, il s'agit de patients pour qui aucun traitement ne fonctionnait. En 12 mois, les patients sont passés de 79 % avec des douleurs fortes à insupportables à 29 %, et de 19 % à 1 % pour ceux qui avaient des douleurs insupportables. Si la douleur neuropathique n'a pas totalement disparu, elle semble plus supportable et il existe un effet sur les complications psychiques et émotionnelles de la douleur chronique. En outre, les patients ont eu une diminution d'au moins 3 points de leur score de dépression et de leur score d'anxiété à l'échelle HADS.

Une amélioration de la qualité de vie des patients a également été observée dans la spasticité, sachant que les trois quarts des patients ont eu besoin de THC. Pour précision, le protocole de départ ne prévoyait que du CBD. Cette amélioration fluctue autour de 40 % ou un peu plus chez les patients atteints de sclérose en plaques. Les crises ont aussi été diminuées, avec un passage de 5 % à 23 % de patients qui n'avaient pas de crise spastique, ce qui est extrêmement important, notamment pour le sommeil. Les patients ne se réveillent plus la nuit, ce qui a un impact positif global.

Dans les épilepsies, le CBD a majoritairement été prescrit à l'exception de quelques épiléptologues et neurologues qui ont parfois proposé un mélange de THC et CBD. Les sujets sont plus jeunes pour cette partie de l'expérimentation. Une amélioration de la qualité de vie et du nombre de crises par mois a été constatée (*de 36 à 25*). Malgré un nombre toujours significatif, l'impact peut être important sur la qualité de vie de ces patients et sur le développement, y compris cérébral pour les plus jeunes.

Moins de patients ont été traités pour l'oncologie et les soins palliatifs. Plus de 50 % ont reçu du THC, avec ou sans CBD. Chez ses patients, la « *douleur insupportable* » est passée de 16 % à 0 % en 3 mois

de traitement. Il s'agit malgré tout d'être prudents sur les interprétations en raison du faible nombre de patients. Aussi, une amélioration des scores d'anxiété et de dépression a été constatée pour un tiers d'entre eux. Dans les situations palliatives, beaucoup de patients ont quitté l'expérimentation suite à leur décès. Ont également été soulignées une amélioration de la qualité de vie et une proportion de douleur forte à insupportable fortement réduite, entre le T0 et le M3. Les patients concernés toléraient mal les opioïdes, ou ils s'étaient avérés inefficaces.

Une étude particulière a porté sur les interactions médicamenteuses, notamment pour les problématiques liées au cancer. En outre, le CBD est une substance inhibitrice enzymatique de certains cytochromes, connu pour modifier le métabolisme des médicaments et participer à leur dégradation et leur élimination. Les posologies auxquelles a été donné le CBD sont alors souvent inférieures à 100 mg (*45 mg en moyenne*) afin de réduire le risque d'interaction médicamenteuse. Des études et essais cliniques sont faits à des doses de 800 mg à 1000 mg de CBD par jour, voire 600 mg à 1200 mg de CBD par jour dans l'épilepsie.

Plusieurs effets indésirables ont été identifiés et consignés de la manière la plus exhaustive possible. Pour les 2 500 patients traités ces 2 premières années, 1 274 effets indésirables ont été rapportés chez 1 000 patients. La majorité des effets indésirables apparaissaient dans le premier mois de traitement, généralement en phase de titration et en lien avec une augmentation trop rapide des posologies. Les effets indésirables les plus fréquents sont neurologiques avec des troubles sédatifs, des altérations cognitives, voire des troubles de l'équilibre. Les infections gastro-intestinales ne sont pas spécifiques et se retrouvent pour la plupart des médicaments. Les affections psychiatriques (*crises d'angoisse, symptômes psychotiques*) qui ont pu être rapportées étaient toutes réversibles. Enfin, les effets indésirables cardiovasculaires (*palpitations, tachycardies*), sachant que les personnes ayant connu un événement cardiovasculaire dans les 12 mois précédents devaient faire l'objet d'une contre-indication.

Un exemple d'ordonnance délivrée dans le cadre de l'expérimentation est ensuite présenté. Les patients se voyaient prescrire une huile CBD et THC pour reconstituer le ratio défini par le médecin. À titre personnel, l'intervenant estime qu'il est préférable de commencer par le THC pour traiter la douleur neuropathique. Un débat porte souvent sur la question du CBD, qui aiderait à mieux tolérer le THC. Scientifiquement, il n'est toutefois pas démontré que le CBD aide à diminuer les effets indésirables du THC.

En termes d'addictologie, des études sont menées sur le cannabis médical, notamment pour déterminer si le CBD a un intérêt pour aider les patients dépendants à la nicotine. L'idée est que le CBD, au titre d'inhibiteur enzymatique, peut bloquer l'enzyme qui dégrade la nicotine. En bloquant la dégradation de la nicotine, il y a une concentration plus importante dans le sang et, par conséquent, le cerveau sera davantage rassasié en nicotine et appellera moins souvent la consommation d'une cigarette. Néanmoins, les études – menées sur de petits groupes – n'ont pas permis d'aboutir à des résultats intéressants ni au constat d'une diminution du nombre de cigarettes consommées. L'usage du CBD est plus pertinent en lien avec les problématiques du trouble d'usage d'alcool. Des études cliniques menées sur l'animal ont montré que le CBD pouvait diminuer l'appétence, le *craving*, limiter les rechutes et l'anxiété qui en découle, la consommation, et peut-être aussi la stéatose. L'étude est toujours en cours sur l'humain.

Le CBD est souvent présenté comme intéressant dans le traitement du trouble de l'usage de cannabis. Toutefois, les études ne démontrent aucun résultat en ce sens. Il peut s'agir d'une piste pour le sevrage, bien qu'à ce stade aucun élément scientifique ne permette d'en affirmer l'efficacité. Si une étude française montre que 57 % des consommateurs de CBD rapportent une diminution de leur consommation de cannabis, les chiffres sont biaisés en l'absence de témoignage de personnes ayant

arrêté toute consommation. Les effets du Sativex (*huile THC-CBD*) ont en revanche été démontrés cliniquement comme produit de substitution pour réduire la consommation de THC. Sur 86 jours de surveillance, 35 jours de consommation ont été observés chez les patients qui recevaient du Sativex contre 53 jours pour ceux qui recevaient un placebo. Malgré tout, aucun patient n'est parvenu à l'abstinence et 50 % des patients ont quitté l'étude en cours. Il est possible que la posologie fût trop faible, il serait intéressant de reproduire l'étude avec d'autres protocoles.

Enfin, dans l'addiction à l'héroïne, une petite étude a été menée avec du cannabidiol, sur 3 jours de traitement avec des posologies élevées (*400 mg à 800 mg*). Une diminution du *craving* a pu être démontrée, y compris après l'arrêt du traitement. S'il peut s'agir d'une piste intéressante, la proposition sera probablement insuffisante pour ces patients spécifiques.

#### ➤ **Questions du public**

**Un participant** interpelle l'intervenant sur la possibilité de résoudre la question de cette expérimentation et de ses suites avant les prochaines présidentielles. Il partage également les résultats d'une autre expérimentation menée Suisse, où les patients qui ne consommaient que du THC se disaient anxieux, contrairement à ceux qui consommaient un mélange THC-CBD.

**Nicolas Authier** confirme le caractère anxiogène du THC, il est aléatoire et peut apparaître plusieurs années après avoir arrêté d'en consommer. Il réitère ses doutes concernant l'intérêt de commencer par le CBD pour traiter la douleur, il s'agirait d'obtenir de nouvelles données scientifiques afin de parvenir au bon ratio entre les deux substances.

S'agissant des présidentielles, s'il espère une issue avant les prochaines élections, le sujet est particulièrement dépendant de la stabilité politique. Pour précision, le cannabis médical ne connaît pas généralement d'opposants parmi les personnages politiques en eux-mêmes, mais plutôt au sein de la profession.

**Un participant** remarque que les consommateurs de CBD par inhalation sont positifs en cas de contrôle des forces de l'ordre. Il est important de le communiquer aux patients qui l'utilisent comme substitution du THC.

**Nicolas Authier** rejoint le propos, en effet, les patients suivis dans le cadre de l'expérimentation avaient l'interdiction de conduire. Cependant, cette règle n'a été que très peu respectée.

**Un participant** s'interroge au sujet des effets indésirables à long terme, alors que la prévalence des troubles dépressifs et anxieux augmente avec la durée d'usage.

**Nicolas Authier** estime qu'il s'agit d'observer le bénéfice-risque, comme pour tout autre médicament. Les opioïdes sont également dépressiogènes et présentent davantage de risques de tentatives de suicide chez les personnes qui sont traitées au long cours. Pour autant, ces traitements sont délivrés si le besoin se fait ressentir. Selon lui, le cannabis doit être perçu de la même manière que tout autre médicament, y compris du point de vue des exigences en considérant la possibilité de prescriptions individuelles.

Pour information, sur les 2 500 patients observés, 9 cas d'addictovigilance ont été recensés, dont 3 à 4 cas de tolérance et 1 à 2 cas de mésusage. Comme pour les opioïdes, il sera important de veiller à la vulnérabilité de certains patients au moment de la prescription.

## VENDREDI 6 JUIN

### OUVERTURE

➤ **Mickaël Bisch, Président de séance, CHU de Nancy**

**Mickaël Bisch**, Président de séance, souhaite la bienvenue aux participants et les remercie pour leur présence à cette deuxième journée des rencontres du RESPADD 2025. Il salue notamment le travail des équipes qui ont œuvré pour l'organisation de l'évènement et la publication du guide sur les mésusages de médicaments psychotropes du RESPADD. Les participants sont invités à se saisir de ce guide et à diffuser largement son contenu. Les mésusages de psychotropes sont en effet un enjeu majeur de santé publique. En France, alors que près de 170 000 personnes sont traitées pour une addiction aux opiacés, environ 10 millions se voient prescrire un opioïde chaque année. Ce sujet doit être traité de manière transversale et pluridisciplinaire.

Après lecture du programme de la journée, il accueille Nathalie Richard, de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), également en charge du projet Cannabis médical, pour l'animation de la première table ronde.

### TABLE RONDE

**Organisée en partenariat avec le réseau des centres d'addictovigilance**

**Discutante :**

➤ **Nathalie Richard, Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé**

**Nathalie Richard**, ANSM, remercie à son tour l'organisation des rencontres du RESPADD et son invitation à animer cette table ronde. Elle introduit l'intervention de Caroline Victorri-Vigneau, présidente du réseau d'addictovigilance, au sujet des mésusages de protoxyde d'azote. Puis, Elisabeth Frauger et Aurélie Aquizerate prendront la parole sur des sujets en lien avec les opioïdes. Enfin, une intervention de Léïla Chaouachi portera sur la soumission chimique.

L'ANSM est le référent en Europe en termes de médicaments de stupéfiants et psychotropes. À ce titre, l'Agence est en charge de surveiller les médicaments, les stupéfiants, les psychotropes au niveau international.

**Intervenant(e)s :**

Les usages de protoxyde d'azote

➤ **Caroline Victorri-Vigneau, Présidente du réseau des centres d'addictovigilance**

**Caroline Victorri-Vigneau**, Présidente du réseau des centres d'addictovigilance, introduit son propos par une présentation du réseau d'addictovigilance, qui est unique dans le monde et assure une mission de surveillance, d'évaluation, de prévention et de gestion du risque d'abus, d'usages détournés et de pharmacodépendance liées à la consommation de toute substance psychoactive, à l'exclusion de l'alcool et du tabac. Le réseau est composé de 13 centres d'addictovigilance, les CEIP-A, sur l'ensemble du territoire national, il est piloté par l'ANSM qui coordonne ses actions et évalue son activité.

Pour rappel, la vigilance sanitaire doit adopter une approche individuelle et personnalisée, en lien direct avec les professionnels de santé en charge des patients, pour apporter une réponse aux cas particuliers. Puis, il s'agit d'organiser une veille sanitaire au niveau populationnel à partir des signalements recensés. Ainsi, toute expertise sur un médicament est accompagnée d'une étude des

signalements en lien avec ce dernier, afin de permettre aux autorités de santé la mise en œuvre de mesures adaptées pour prévenir le risque. La pharmacodépendance et l'abus ont été regroupés sous le terme de « *troubles de l'usage de substances* », dans le manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM). Pour diagnostiquer ces troubles, les professionnels évaluent la présence de certains critères spécifiques chez le patient et, en fonction du nombre de critères constatés, effectuent une gradation de la sévérité. Ces critères pharmacologiques sont variés (*ex. présence d'une tolérance, signes de sevrage à l'arrêt*), dont certains centrés sur la compulsion. Pour précision, la compulsion est caractérisée par une dose ou une durée de la prise supérieures à ce qui était prévu, l'impossibilité d'arrêter la prise, l'envie irrésistible de consommer. Est également menée une évaluation des conséquences dommageables de ces risques et dommages (*temps passé par le sujet pour se procurer la substance, l'utiliser, l'incapacité de remplir des obligations personnelles, professionnelles, etc.*).

Ces troubles de l'usage peuvent être associés aux détournements d'usage qui représentent, comme évoqué précédemment, un véritable problème de santé publique. La France, marquée par une consommation de médicaments psychotropes et de substances psychoactives très importante, doit identifier et prévenir cette problématique, en particulier au regard de l'évolution du panorama toxicomaniaque et des usages des médicaments et substances, de l'arrivée continuelle de nouveaux produits de synthèse et de la diversification des populations concernées. Pour répondre à cette problématique, il est utile de faire appel à l'évaluation clinique des notifications. En France, il existe une obligation réglementaire pour les professionnels de santé de notifier au CEIP-A de leur territoire les cas auxquels ils ont été confrontés dans le cadre de leur exercice. Chacune de ces notifications est ensuite traitée à partir de la définition du DSM et du score de gravité qui a été validé par l'ensemble du réseau. Une attention particulière est portée aux comportements de transgression dans les modes d'obtention, d'utilisation ou dans l'effet recherché. L'addictovigilance souffre, malgré tout, d'une « *sous-notification* », les personnes qui constatent un effet secondaire jugé positif (*ex. amélioration du sommeil*) ne se tournant pas nécessairement vers un professionnel pour le signaler. L'information est alors plus longue à obtenir. Parmi les outils de notification sont cités le recueil des Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible (OSIAP), OPPIDUM qui est un dispositif de pharmacosurveillance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives, ASOS qui s'intéresse aux antalgiques stupéfiants, DRAMES-DTA, un dispositif de surveillance des décès liés aux substances, ainsi que l'enquête nationale d'addictovigilance sur la soumission chimique. Pour conclure sur la présentation du réseau d'addictovigilance, elle souligne de nouveau l'importance de ses missions et son efficacité, reconnues internationalement.

Les usages de protoxyde d'azote ont en outre fait l'objet de plusieurs signalements auprès du réseau d'addictovigilance. Il s'agit initialement d'un gaz de foire hilarant, utilisé dans les années 1800-1850 à des fins festives et de spectacle. Suite à un incident lors d'une démonstration de gaz hilarant, Horace Wells, dentiste, a découvert son effet anesthésiant et s'est intéressé à ses possibles usages médicaux. Ses expérimentations – peu réglementées à l'époque – ont conduit au premier gaz anesthésique. Malheureusement, Horace Wells s'est suicidé en prison à l'âge de 33 ans, après avoir lui-même développé des troubles de dépendance à différents gaz utilisés en médecine. Pour les pharmacologues, le protoxyde d'azote peut également avoir une utilisation antalgique et anxiolytique lorsqu'il est mélangé avec l'oxygène, en raison de son effet sur les systèmes impliqués dans les processus addictifs (*ex. système opioïde*).

En France, le protoxyde d'azote est sous haute surveillance. Il existe sous forme de médicament pur pour le gaz anesthésique, réservé à l'usage hospitalier et soumis à la réglementation de la liste 1. Il existe également sous forme de « *MEOPA* », soit un mélange oxygène-protoxyde d'azote à 50 %, utilisé pour les gestes douloureux de courte durée, notamment chez les enfants et en situation d'urgence. Le

MEOPA est à la fois soumis à la réglementation de la liste 1 et à celle des stupéfiants. Le protoxyde d'azote est aussi présent sous forme non médicinale en France, il s'agit de gaz pur contenu dans des cartouches pour siphons de chantilly et en vente libre dans tous les supermarchés. Le produit ne faisait alors pas l'objet d'une surveillance particulière au titre d'additif alimentaire.

La surveillance du protoxyde d'azote par l'ANSM a commencé par celle du MEOPA, suite à des signalements de sortie en dehors des murs de l'hôpital. Un plan de gestion des risques appliquait alors une surveillance d'addictovigilance. Des données ont été recueillies au sein du réseau, par le biais notamment d'experts médicaux légaux et des urgences. Quelques cas suspects ont été remontés sans toutefois entraîner le déclenchement d'une alerte à l'époque. Puis, entre 2016 et 2018, plusieurs notifications ont été rapportées de manière sporadique concernant l'utilisation de cartouches de chantilly détournées de leur usage. 2 cas de dépendance avec des utilisations quotidiennes et des conséquences sur la santé ont particulièrement retenu l'attention du réseau. L'un d'entre eux est le décès, en 2017, d'un jeune homme de 24 ans suite à une myélite cervicale causée par l'utilisation de cartouches de chantilly. Une procédure de suivi a alors été ouverte concernant la substance non médicamenteuse du protoxyde d'azote. Entre 2018 et 2019, le nombre d'alertes adressées aux CEIP-A a augmenté de façon exponentielle, une augmentation qui se poursuit encore aujourd'hui avec des degrés de gravité plus importants et de nouveaux effets constatés.

Pour précision, les notifications transmises par les professionnels de santé au réseau d'addictovigilance doivent être décorrélées des chiffres de la consommation, il s'agit en outre de signalements suite à des conséquences graves. Les notifications sont principalement issues des sources médicales et hospitalières. La proportion homme-femme est répartie à peu près équitablement, ce qui est inhabituel du point de vue de l'addictologie, qui constate généralement une proportion d'hommes supérieure. L'âge moyen est de 22 ans, sachant qu'1 sujet sur 10 est mineur. La consommation a également évolué, passant des cartouches à des bouteilles et des *tanks*, qui représentent plusieurs centaines de cartouches. L'utilisation quotidienne moyenne représente désormais 1 notification sur 2 depuis plus d'un an, pour des doses extrêmement élevées lorsqu'elles sont renseignées (*à partir de 20 cartouches par prise ou par jour*). Il est intéressant de souligner que 7 sujets sur 10 ne consomment pas d'autres substances, hors tabac. Par ailleurs, l'usage s'est élargi, avec un usage non plus seulement festif, mais aussi dans des contextes de souffrance psychologique, de difficultés, de prostitution et de criminalité. Les effets recherchés, initialement centrés sur l'euphorie, sont passés à des effets anxiolytiques, pour « *assumer* », « *faire face* » à sa vie.

À court terme, le protoxyde d'azote est responsable d'asphyxies, de pertes de connaissances, de brûlures, de chutes et de vertiges. Le produit est également impliqué dans plusieurs situations accidentogènes, notamment lors des rodéos sauvages. En cas d'utilisation régulière, 9 cas sur 10 révèlent des troubles de dépendance avec des conséquences neurologiques (*8 notifications sur 10*) et psychiatriques (*1 notification sur 10*). Des conséquences cardiovasculaires avec des complications thromboemboliques ont aussi été signalées chez des jeunes qui ne souffraient pas de facteur de risque associé. La prise en charge addictologique reste très peu proposée à ce jour en France (*moins de 2 notifications sur 10*). De plus, les sujets ont souvent tendance à refuser le cadre du soin proposé en addictologie.

**Caroline Victorri-Vigneau** souligne que les consommateurs de protoxyde d'azote présentent tous une carence fonctionnelle en vitamine B12, et ce, même s'ils prennent des compléments. Ainsi, il est important de doser l'homocystéine, un composé transformé grâce à la vitamine B12, pour constater ou non une augmentation du taux chez le sujet.

Le réseau d'addictovigilance a publié un premier article afin de mettre en avant la courbe de suivi des notifications liées à la consommation de protoxyde d'azote, puis un second article d'alerte ainsi que des focus d'addictovigilance sur les risques de dépendance à la substance et de complications thromboemboliques chez des sujets jeunes qui n'ont pas de facteur de risque identifié. En termes d'information, les CEIP-A doivent communiquer au-delà des autorités de santé et se tourner vers d'autres interlocuteurs. Parmi les actions engagées nationalement, sont notamment citées les nombreuses présentations sur le protoxyde d'azote depuis 2018 auprès de l'ANSM, les communiqués et bulletins d'information des centres d'addictovigilance, la publication d'articles de portée internationale et d'un document d'aide au diagnostic par l'ANSM ou encore la rédaction du rapport de l'EMCDDA sur le protoxyde d'azote. Concernant la réglementation, une loi interdisait dès 2021 la vente aux mineurs de protoxyde d'azote et limitait la quantité vendue à l'équivalent de 10 cartouches avec l'apposition d'une mention sur la dangerosité. En janvier 2025, l'Assemblée nationale a voté une loi visant à interdire la vente de protoxyde d'azote sur tout le territoire national, à l'exception des professionnels qui en font usage pour leur activité (*ex. cuisiniers*). Néanmoins, malheureusement, la problématique ne provient pas tant des cartouches que des bouteilles vendues sur internet. En février, le Sénat a également fait voter une loi pour limiter la disponibilité du protoxyde d'azote en France.

Pour conclure, les enjeux de santé publique en lien avec les mésusages et la dépendance comportent une multitude de défis précédemment évoqués dans la présentation (*repérer les risques précocement, être capable de caractériser le risque et les troubles de l'usage, être réactif, avoir une capacité de communication, etc.*). La problématique du protoxyde d'azote en particulier, dépasse le contexte pharmacologique pour révéler une dimension sociale, puisqu'il s'agit d'un nouveau mode d'utilisation, au sein d'une nouvelle population.

**Nathalie Richard** demande si le phénomène est identique au niveau européen, ou si l'usage détourné du protoxyde d'azote est une exception française.

**Caroline Victorri-Vigneau** répond qu'il s'agit d'une problématique internationale. La seule différence entre les pays est l'évaluation du risque. La France dispose d'outils pour recueillir un grand nombre de données et il s'agit du seul pays à être parvenu à une description précise des conséquences. Les lois varient également, avec un débat notamment sur la classification ou non de la substance en stupéfiant. Un enjeu des autorités de santé serait la mise en place d'une réglementation européenne, ne serait-ce que pour limiter les ventes sur internet.

#### ➤ **Questions du public**

**Un participant** interroge l'intervenante sur la manière de repérer la consommation. Il demande s'il existe, en pratique clinique courante, un intérêt à faciliter l'accès à l'EMG et à évaluer les latences EMG comme un critère d'usage problématique. En outre, les usagers problématiques présentent des signes électrophysiologiques assez rapides avec des variabilités interindividuelles importantes.

**Caroline Victorri-Vigneau** estime que la première question à poser aux personnes est simplement de savoir si elles consomment ou non du protoxyde d'azote. Or, cette question n'est pas posée aujourd'hui et le repérage n'a lieu qu'une fois les conséquences visibles. C'est pourquoi de nombreuses notifications sont émises par des neurologues, des cardiovasculaires et des addictologues. Concernant l'EMG, elle estime que les neurologues ont déjà recours à la pratique ainsi que les urgences auront tendance à le proposer aux sujets qui se présentent avec une complication somatique.

L'homocystéine est certainement le marqueur de la consommation le plus pertinent dans la mesure où elle indique la fonctionnalité ou non de la vitamine B12, cependant, elle n'est pas remboursée en ville, en France, et doit être faite à l'hôpital.

**Une intervenante** demande si un traitement spécifique existe, la supplémentation en vitamine B12 ne suffisant pas.

**Caroline Victorri-Vigneau** précise qu'il est important, malgré tout, de compléter le sujet en vitamine B12. Les neurologues le font d'ailleurs avec des protocoles issus de l'anémie de Biermer. La problématique est que, tant que le sujet consomme, les apports sont inactivés.

Le programme POP

➤ **Elisabeth Frauger, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance, PACA Corse**

**Elisabeth Frauger**, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, rappelle les chiffres de la consommation d'opioïdes en France, soit plus de 11 millions de Français qui ont eu au moins un remboursement d'opioïdes de palier 2, et 700 000 de palier 3. Pour les médicaments de substitution aux opioïdes (MSO), la France est un des pays européens avec la plus forte couverture, soit 87 %, pour environ 150 000 patients ayant bénéficié d'un remboursement. La part de la méthadone est en augmentation, tandis que celle de la buprénorphine est en diminution. Environ 0,3 % des patients ont consommé un opioïde illicite. Les données d'addictovigilance ont également montré l'émergence des opioïdes de synthèse ; les fentanylloïdes et, plus récemment, les nitazènes.

Le premier médicament obtenu sur ordonnance suspecte est le paracétamol, juste avant le tramadol et la codéine antitussive. Désormais, la codéine et le tramadol sont toutefois sur ordonnance sécurisée. Le dispositif OPPIDUM permet par ailleurs de constater une augmentation des patients reçus en consultation pour une problématique addictive avec le tramadol et une augmentation des citations du tramadol et de la codéine comme premiers produits ayant entraîné une dépendance. Le top 3 des médicaments obtenus par des pratiques de « *Docteur Shopping* » sont la buprénorphine, la morphine et le clonazépam. Le top 3 des substances responsables des décès dans un contexte d'abus sont la méthadone, la cocaïne et l'héroïne. Les antalgiques opioïdes représentent 8 % de ces décès. Un autre dispositif DTA, sur les décès dans un contexte thérapeutique ou suicidaire, place le tramadol en première position, avec une augmentation de l'oxycodone.

L'intervenante porte ensuite à la connaissance des participants deux illustrations de complications addictives. D'une part, l'exemple d'un homme ayant fait une crise convulsive et en hypoglycémie après avoir consommé de manière abusive du tramadol (*10 comprimés par jour*), qui lui avait été initialement prescrit pour des douleurs dentaires. Ici, il est souligné que le tramadol ne doit pas être donné en premier recours pour des douleurs dentaires. D'autre part, l'exemple d'une femme souffrant de polyarthrite rhumatoïde et mise sous Actiq, le fentanyl transmuqueux, sans traitement de fond et consommant désormais jusqu'à 82 sucettes d'Actiq par jour. De nouveau, la prescription est hors recours en l'absence de traitement de fond et hors cancer. Les exemples de surdoses montrent par ailleurs que ces événements surviennent dans des contextes très variés. Or, malgré la mise à disposition de la naloxone prête à l'emploi depuis 2016, les données OPIDOM soulignent qu'un tiers des patients reçus en structure addiction ne connaissent pas la naloxone et deux tiers n'en ont pas à disposition.

Le programme POP, programme de réduction des risques de surdoses liées aux opioïdes, est porté par le centre d'addictovigilance au niveau du service de pharmacologie clinique et financé par l'ARS PACA depuis 2020. Le POP est un programme aux enjeux stratégiques des pouvoirs publics depuis 2020, soit la déclinaison territoriale de feuille de route ministérielle parue en juillet 2019. Les recommandations sont actualisées en fonction de l'actualité. L'objectif est de mener des actions de proximité et d'aller vers, pour améliorer les pratiques professionnelles, augmenter la diffusion de naloxone, sensibiliser

les patients usagers au risque de surdose et renforcer la veille sanitaire. L'approche se base sur des actions de prévention primaires, secondaires et tertiaires.

Le POP a un ancrage territorial fort depuis plus de 20 ans, en lien avec de nombreux partenaires et une expertise pharmacologique et médicale qui permet d'orienter des actions pédagogiques adaptées au terrain. Cette approche permet une vision globale sur les opioïdes. Sont ciblés tous les acteurs concernés par le sujet, soit les professionnels du secteur hospitalier ambulatoire, du sanitaire, du médico-social avec une orientation addictologie et douleurs. Le réseau Sentinelle, initialement ouvert aux médecins généralistes, structures addiction, douleurs et patients, a rapidement été élargi aux CLUD et pharmacies d'officine. Une phase pilote concerne également les pompiers, les services d'urgence et les pharmaciens hospitaliers. Pour chaque approche, le programme est accompagné par des partenaires de terrain (*départements universitaires, médecine générale, CHU de Marseille et de Nice, le Bus 31/32, l'ARS, Ordre des pharmaciens*).

Un état des lieux des pratiques, difficultés et besoins a alors été dressé, dont les résultats sont disponibles sur le site internet du programme. Il en ressort que la naloxone n'est pas nécessairement connue des professionnels et des patients ni n'est diffusée. Les échelles existantes pour repérer les mésusages (*ORT - OFMA*) ne sont pas non plus utilisées. Des freins ont également pu être identifiés ; les patients traités ne se sentent plus concernés par le risque de surdose, les patients douloureux ne se perçoivent pas comme usagers de drogue, des professionnels ne savent pas à qui prescrire la naloxone par peur de créer de la dépendance ou de stigmatiser les patients, des réticences concernant la forme injectable. À partir des besoins exprimés, des actions ont été menées au plus près du terrain ; affiches en salle d'attente, brochures à remettre aux patients, etc.

De novembre 2020 à septembre 2024, 5 états des lieux ont été menés, 56 interventions ont été organisées auprès de 1 237 professionnels, de même que des actions de formations universitaires et des ateliers patients. 22 supports d'information ont été réalisés et le réseau Sentinelle a été mis en place. Les formations ont notamment remporté des retours très positifs, notamment sur leur capacité à impacter les pratiques. Parmi les différents événements organisés, l'intervenante met l'accent sur les webinaires qui se tiennent depuis 4 ans au moment de la journée internationale de prévention des surdoses et portent principalement sur les partages de pratiques et d'expérience. Pour les patients, des ateliers de sensibilisation et de prévention sont animés par le Bus 31/32 et à l'aide d'un jeu, le Quiz Opio, mais également au sein de structures douleurs. En août 2022, une vidéo de 5 minutes a été diffusée pour tout savoir sur la surdose et la naloxone, dans le cadre de la journée internationale de la convention des surdoses. Cette vidéo a enregistré plus de 3 000 vues et a été traduite dans 8 langues.

Les participants sont invités à consulter le site du programme POP pour retrouver ses actions et différentes ressources pour la prévention et la sensibilisation des professionnels de santé et des patients : <<https://fr.ap-hm.fr/site/ceip-addictovigilance-marseille/le-projet-pop>>

Au niveau régional, le programme POP fait l'objet de retours particulièrement positifs et compte sur le soutien de l'ARS, ce qui lui permettra de continuer d'amplifier ses actions sur la période 2025-2028.

Le programme Sinfoni

- **Aurélié Aquizerate, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance, Pays de la Loire, Nantes**

**Aurélié Aquizerate**, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, indique que le programme SINFONI a été conçu à partir des recommandations de la HAS pour le bon usage des médicaments opioïdes, avec pour objectif de faire sortir la naloxone des murs des structures

spécialisées en axant la formation spécifiquement vers les professionnels de santé de premier recours, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. Alors qu'il est souvent question, à raison, des décès par surdose d'opioïdes, ces derniers constituent avant tout une classe de médicaments essentielle, irremplaçable et extrêmement consommée. L'enjeu est alors de favoriser le bon usage des médicaments opioïdes et de prévenir les risques grâce aux recommandations.

Le risque principal est celui de la surdose d'opioïdes, qui peut survenir avec tous les opioïdes et dans tous les contextes de consommation. L'HAS recommande ainsi d'évaluer systématiquement la pertinence d'une délivrance ou d'une prescription de naloxone à toute personne consommatrice d'opioïdes. Elle définit 8 situations particulièrement à risque de surdose, dans lesquelles la vigilance des professionnels doit être renforcée. Or, les professionnels de santé de premier recours ont un rôle clé dans la prise en charge des patients sous opioïdes. Dans 85 % des cas, ces médicaments sont prescrits dans un contexte à visée antalgique par des médecins généralistes et délivrés en pharmacie d'officine. La place des professionnels en addictologie est plus centrale pour les opioïdes illicites. Enfin, les traitements par agonistes opioïdes sont prescrits pour 90 % par des médecins de ville. Pour les trois quarts des bénéficiaires, le traitement est obtenu exclusivement dans une seule et même pharmacie. Malgré toutes ces données, peu de programmes naloxone étaient destinés aux professionnels de santé de premier recours en 2021. D'où l'importance du projet SINFONI, qui n'aurait pu voir le jour sans les financements de l'ARS des Pays de la Loire, la mobilisation de nombreux partenaires institutionnels de la région ainsi que le professeur Nicolas Authier, qui a aidé à assurer l'alignement du projet avec les recommandations de bon usage des médicaments opioïdes.

167 médecins généralistes et 158 pharmaciens ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation initiale des pratiques des professionnels, ayant permis de constater qu'une grande majorité d'entre eux prend en charge des patients sous opioïdes de palier 3 ou sous traitement agoniste opioïde. La moitié des généralistes et un tiers des pharmaciens se sont retrouvés en difficulté face à une prescription d'opioïdes et un risque de surdose. Face à ce risque, très peu ont eu le réflexe naloxone, soit 10 % des médecins généralistes et 5 % des pharmaciens. Ces professionnels participent pourtant à la diffusion du matériel de réduction des risques et des dommages et investiguent régulièrement le risque de mésusage.

Les 3 principaux motifs de non-prescription de naloxone par ces professionnels de premier recours sont attribués au manque de connaissances sur la naloxone, au manque de formation pour détecter les situations dans lesquelles il pourrait être pertinent de prescrire ou de délivrer un kit de naloxone et l'absence de demande du patient ou l'absence de prescription. Le programme a donc décidé de concentrer ses efforts sur ces trois axes en créant un matériel de formation spécifiquement dédié aux besoins identifiés. 2 courtes vidéos ont alors été produites, dont la première est consacrée aux connaissances sur la naloxone. Une évaluation des connaissances ayant été menée avant et après la diffusion de ces vidéos, il a été possible d'observer une amélioration significative des connaissances chez tous les professionnels, avec un niveau de bonne réponse dépassant 90 %. Cependant, il a également été constaté que, contrairement à ce qu'ils avaient annoncé, ces professionnels avaient plutôt de bonnes connaissances de base sur la naloxone, avec 76 % à 79 % de bonne réponse. Il semble alors que ces derniers aient nourri des idées préconçues, notamment sur la sécurité d'utilisation de la naloxone et sur l'absence de risque de mésusages. La seconde vidéo entend répondre à l'absence de formation pour détecter les indications de naloxone en incarnant cliniquement les situations à risque comme mentionné par la HAS et en reprenant les mots des patients. En parallèle, une brochure a été réalisée synthétisant les connaissances sur la naloxone, les situations à risque telles que reformulées et les modalités pratiques de prescription, de commande et de délivrance des kits.

Pour répondre au frein en lien avec l'absence de demande du patient, une étude spécifique a été mise en place en partenariat avec les pharmacies volontaires de la région. Le pharmacien et le patient venant pour sa délivrance de traitements par agonistes opioïdes devaient tous deux évaluer le risque de surdose au moyen d'une échelle de Likert pour le patient, et à partir des situations à risque de l'HAS pour le pharmacien. Le croisement des résultats conclut que 55 % des patients ont sous-estimé le risque de surdose. Il est alors important d'expliquer les situations à risque de l'HAS aux professionnels comme aux patients. La dispensation de naloxone a finalement été jugée nécessaire pour 90 % des participants, dont la majorité a adhéré à la nécessité d'avoir un kit avec eux. Ce kit a été présenté comme une trousse de secours pour répondre à un effet indésirable possible du traitement.

**Nathalie Richard** propose à Elisabeth Frauger de reprendre la parole pour la présentation du programme POP sur le plan national.

➤ ***Elisabeth Frauger, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance, PACA Corse***

**Elisabeth Frauger** indique que le programme POP a été présenté à la MILDECA et au ministère de la Solidarité et de la Santé à plusieurs reprises, avec l'ambition d'étendre son expérience et son action au niveau national. Il s'agit de transférer toutes les connaissances acquises sur le territoire PACA Corse et les supports de formation existants aux 12 autres centres d'addictovigilance. Ce projet s'appelle POP France, avec un pilotage opérationnel et scientifique par le CEIP-A PACA Corse. Un financement est également prévu pour que chaque centre d'addictovigilance puisse recruter un chargé de projet qui mènera les actions de formation sur le terrain. Au niveau national, sont également disponibles un tableau de bord des surdoses et un suivi de la diffusion de la naloxone.

Chaque centre d'addictovigilance a ainsi la capacité d'adapter le contenu des outils mis à sa disposition afin qu'il convienne aux besoins de sa cible, de son écosystème, de ses populations. L'enjeu est, entre autres, d'amplifier le système de veille sur les surdoses qu'elles soient en lien avec opioïdes ou toute autre substance à risque. Ainsi, les CEIP-A contacteront les professionnels de leurs territoires pour mettre en place des actions de formation auprès de leurs équipes.

➤ ***Questions du public***

**Nathalie Richard** partage son expérience de la réticence des CSAPA concernant l'accès à la naloxone, notamment sur Marseille. Si la situation s'améliore, des efforts doivent encore être fournis dans le sens d'une meilleure sensibilisation.

**Elisabeth Frauger** confirme le besoin continu de pédagogie à l'égard des professionnels.

**Un participant** s'interroge sur la possibilité, grâce à la coordination nationale et aux données recueillies dans le tableau de bord des surdoses, de déterminer le nombre de kits à délivrer à chaque patient pour être efficace.

**Elisabeth Frauger** estime que le tableau de bord des surdoses permettra d'apporter une vision plus claire de la situation et d'améliorer le taux de couverture des patients, toutefois, il sera difficile de définir un nombre exact. Il s'agit également de tenir compte des dates de péremption et de la nature des opioïdes, les opioïdes de synthèse nécessitant un plus grand nombre de kits par patient. Le sujet devra être étudié.

**Aurélie Aquizerate** ajoute qu'il est nécessaire de statuer sur le facteur à prendre en compte, soit le cadre d'utilisation ou la molécule. En outre, le nombre de personnes à couvrir et de kits à délivrer n'est pas le même pour les fentanyl, la morphine ou l'héroïne. Par ailleurs, elle se questionne sur la pertinence de systématiser la délivrance de naloxone pour l'ensemble des patients utilisateurs d'opioïdes, la priorité étant d'identifier les cas dans lesquels elle est vraiment nécessaire.

**Une participante** remarque que la formation à l'utilisation de la naloxone doit également être adressée aux pairs et à l'entourage des usagers d'opioïdes dans la mesure où le patient, en situation de surdose, ne sera pas en mesure d'utiliser le kit.

**Elisabeth Frauger** rapporte que les CSAPA ont essayé de conditionner la délivrance de naloxone à la présence des familles des patients. Or, sur la période de test, très peu de personnes se sont finalement présentées, ce qui représentait finalement une perte de chance importante. Afin de remédier au problème, les actions grand public sont finalement les plus efficaces.

**Nicolas Authier** tient à féliciter les intervenantes pour les projets présentés. Il demande si l'impact des mesures a déjà pu être mesuré en termes de décès sur le territoire PACA.

**Elisabeth Frauger** répond que les surdoses opioïdes se sont stabilisées contrairement à celles en lien avec la cocaïne. Toutefois, la donnée reste particulièrement difficile à évaluer en raison de la sous-notification et de la perte de vue de certains sujets.

**Aurélie Aquizerate** précise qu'en effet, les programmes se sont fixés avant tout des objectifs de moyens plutôt que de résultats dans l'évaluation des projets.

**Georges Brousse** observe que, dans une logique de réduction de risques, l'idée pourrait être de délivrer le plus grand nombre possible de kits de naloxone afin d'avoir un retour dans les notifications sur leur utilisation concrète. Ainsi, il pose la question d'une délivrance systématique de manière à sensibiliser la population à l'accès à la naloxone.

Par ailleurs, il tient à rappeler que la méthadone sauve davantage de vie qu'elle n'est responsable de surdoses.

**Elisabeth Frauger** entend le raisonnement d'une systématisation de la délivrance. Toutefois, elle rappelle les nombreuses complications réglementaires dans l'accès à la naloxone, qui restent une barrière. Comme cela a déjà été souligné, un travail important de pédagogie reste en effet à produire.

**Bertrand Lebeau-Leibovici** interroge les intervenantes sur les perspectives en matière de décès liés aux surdoses de cocaïne.

**Elisabeth Frauger** estime difficile d'apporter une réponse. Pour les opioïdes, la naloxone est une chance, toutefois il n'existe pas d'alternative pour la cocaïne. Il s'agit d'un autre enjeu conséquent en matière de santé publique.

Soumission chimique et médicaments psychotropes

- **Léïla Chaouachi, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance, Paris**

**Léïla Chaouachi**, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, revient sur l'historique de l'enquête nationale sur la soumission chimique. Les agressions facilitées par les substances sont des modes opératoires criminels qui se déclinent en deux sous-modes opératoires ; la soumission chimique et la vulnérabilité chimique. La soumission chimique consiste à droguer la personne à son insu ou sous la menace, sans son consentement, dans le but de commettre un crime

ou un délit. Dans la vulnérabilité chimique, la consommation est volontaire, mais positionne la victime en état de fragilité, ce qui facilite le passage à l'acte d'un agresseur. Les deux situations sont très graves. Une personne n'est pas moins responsable lorsqu'elle commet un crime sur une personne en état de vulnérabilité.

L'enquête nationale sur la soumission chimique est précurseur et fait l'objet d'une surveillance depuis plusieurs années, l'intervenante tient ici à remercier Nathalie Richard qui a œuvré pour la mise en place de cette étude. L'enquête est coordonnée par le centre d'addictovigilance de Paris et permet chaque année de dresser un état des lieux de l'usage criminel en France grâce à la collaboration active du réseau national d'addictovigilance. Un premier état des lieux a été demandé par l'AFSSAPS en 1997 pour tenter de mesurer l'étendue du phénomène. Parmi les médicaments mis en cause, sont notamment identifiées des benzodiazépines déjà rapportées par la professeure Jacqueline Jouglard à Marseille pour des situations d'enfants chimiquement battus. Des protocoles ont été mis en place avec des groupes de travail pluridisciplinaires dès 2003. Si cette enquête ne prétend pas être exhaustive, la majorité des personnes ne portant pas plainte, elle est cruciale, car elle permet d'identifier les modes opératoires criminels. Les fiches de déclaration qui sont reçues concentrent des données cliniques et toxicologiques qui sont ensuite croisées afin de déterminer si la personne était en situation de soumission ou de vulnérabilité chimique au moment de l'agression. Depuis 2020, les équipes travaillent également en collaboration étroite avec le dispositif Drogues Info Service ce qui leur donne accès aux préoccupations des victimes.

Les résultats de l'enquête comptabilisent 1 306 déclarations au réseau national d'addictovigilance, soit une légère diminution des déclarations par rapport à 2022. Toutefois, pour précision, de nombreuses déclarations de piquûres malveillantes ont été formulées en 2022 et ne sont finalement pas considérées comme des situations de soumission chimique. Globalement, la courbe des déclarations est donc à la hausse, ce qui peut être mis en corrélation avec le phénomène de libération de la parole post-MeToo. Les notifications proviennent d'experts analystes toxicologues, des services de médecine légale, de l'Institut National de Police Scientifique, l'Institut de Recherche en Criminalistique de la Gendarmerie nationale ainsi que des activités de téléconseil des centres d'addictovigilance et antipoison. Le processus qualité mené dans le cadre de l'enquête a conduit à l'exclusion de plusieurs dossiers pour lesquels les suspicions d'administration de substances n'ont pas été avérées (*absence d'agression ou de traces de substances après analyses*). Il s'agit généralement de *black-outs* liés à l'alcool, autre sujet auquel les populations doivent être sensibilisées. Ainsi, 1 056 agressions facilitées par toutes les substances confondues ont été recueillies dans l'enquête. Dans la majorité des cas, les données sont issues des dépôts de plaintes et concernent l'Île-de-France et les Hauts-de-France, qui accumulent 70 % des données recueillies chaque année. La période estivale est la plus touchée et des faits anciens sont également rapportés.

Les résultats de l'enquête montrent que les femmes sont essentiellement touchées, cependant, les hommes et les personnes transgenres peuvent aussi être victimes de violences sexistes et sexuelles. Les victimes sont de tout âge, de 1 mois à 98 ans, bien que la tranche 20-29 ans soit la plus représentée. L'intervenante insiste sur la vulnérabilité tout aussi importante des hommes et des personnes âgées. Les données globales pointent le milieu festif en première position pour les agressions sexuelles, les violences physiques, des tentatives de soumission chimique et des vols. La tendance relativement nouvelle de la cybercriminalité prend par ailleurs une place importante avec des diffusions de contenus illicites et illégaux, de la monétisation et traite d'êtres humains.

10 % des cas correspondent à une soumission chimique vraisemblable, soit 38 cas en 2018 et plus de 100 cas en 2023. Les cas de soumission chimique possible sont majoritaires puisque l'enquête est menée en vie réelle, bien souvent les prélèvements et expertises sont en effet réalisés trop tard ou

partiellement. L'analyse des soumissions vraisemblables distingue les adultes des enfants de moins de 15 ans, ces derniers étant victimes le cas échéant de soumission chimique infantile. Pour les adultes, il est important de noter que les victimes avaient généralement déjà consommé des substances psychoactives, ce qui est assez concordant avec les vecteurs (*boissons alcoolisées ou non, prises forcées, aliments, leurres*). Une à plusieurs agressions peuvent être constatées sur les mêmes victimes. Dans le cadre des soumissions chimiques vraisemblables, la sphère privée arrive en première position avec des agressions commises par des personnes connues, voire de confiance. Ici, l'intervenante souligne que la soumission chimique est une affaire de trahison plutôt que de prudence. Les symptômes sont l'amnésie, des traces de violence, et autres symptômes inhabituels. Pour les enfants, les petites filles et les petits garçons sont concernés. Les agressions sont caractérisées par des violences sexuelles, des cas d'enfants chimiquement battus, du bizutage scolaire et la traite des êtres humains. La prostitution des mineurs est un sujet particulièrement important. Le domicile arrive en première position, avec une écrasante majorité des proches et des personnes qui ont la charge des enfants comme auteurs des délits. 166 mentions de substances ont été rapportées pour 56 molécules différentes, les médicaments restent la classe la plus représentée (67 % des cas), notamment le tramadol, diazépam, zopiclone, les benzodiazépines ou encore les antihistaminiques et les opioïdes. Malgré tout, les drogues se maintiennent en tête de liste (*stimulants, MDMA, dépresseurs, dissociatifs*).

La vulnérabilité chimique implique dans la majorité des cas l'alcool et le cannabis, d'où le rôle majeur que doit jouer le RESPADD. Les victimes sont essentiellement des femmes, avec des âges un peu plus élevés que pour les soumissions chimiques en raison de la consommation volontaire. Les agressions sont principalement des violences sexuelles, ce qui soulève la question du consentement et d'altération des capacités à exprimer son consentement après un usage de substance. Ici, il est important de souligner que la soumission et la vulnérabilité chimiques ne sont pas un phénomène en soi, il s'agit d'un mode opératoire. Les substances impliquées dans les cas de vulnérabilité chimique sont relativement les mêmes que pour la soumission, le protoxyde d'azote est également mentionné. Toutefois, il est difficile de le détecter. Les facteurs de vulnérabilité sont multiples ; mineurs vulnérables en situation de fuite, personnes âgées, femmes enceintes, en situation de handicap, patients atteints de maladies psychiatriques. L'hospitalisation en secteur fermé est un vrai sujet en matière de vulnérabilité. Globalement, la solidarité et la vigilance solidaire sont la clé et sont plus efficaces que les accessoires « *antiviols* » qui peuvent être proposés. Il s'agit d'assurer, si l'administration de la substance n'a pas pu être empêchée, que le crime ou le délit ne puisse pas être commis.

Les mesures déjà prises par l'Agence du médicament concernant le changement des conditions de prescription et de délivrance du tramadol ont eu un effet positif en permettant de limiter les stockages de médicament. Un travail de réflexion est également posé auprès des laboratoires qui commercialisent des médicaments susceptibles d'être détournés. Un tournant s'annonce, aussi, suite au procès historique des viols de Mazan qui a eu un retentissement international. Une mission gouvernementale a été lancée par la députée Sandrine Josso avec la fondation du Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances à l'assistance publique (CRAFS). Fondatrice du CRAFS, **Léila Chaouachi** indique qu'il s'agit d'un dispositif national de téléconseil faisant suite à un constat extrêmement négatif. En outre, les victimes sont exposées à des idées reçues extrêmement délétères à leur prise en charge, à des *fake news*, la demande croissante de la prise en charge se heurte à une méconnaissance de la conduite à tenir en cas de suspicion de soumission chimique, le parcours est conditionné par le dépôt de plaintes et les victimes n'ont pas davantage recours au dispositif de soins. Le manque d'accès aux soins a des impacts sur la santé physique, mentale, socioprofessionnelle et économique. Le CRAFS a donc pour mission de rompre l'isolement des victimes, il est possible de

contacter ses équipes par téléphone, *via* un formulaire en ligne ou directement auprès du circuit de prise en charge.

En conclusion, avec l'autorisation du RESPADD, elle relaie auprès des participants l'appel aux dons pour le CRAFS : <<https://lnkd.in/ejRSRK37>>

**Nathalie Richard** a souligné l'importance du travail mené en partenariat entre l'Agence du médicament et les laboratoires pharmaceutiques, suite à l'identification des substances impliquées dans les cas de soumission chimique.

➤ **Questions du public**

**Une intervenante**, chargée de projet au RESPADD, Bus 31/32, s'interroge sur la manière d'identifier la substance qui aurait été utilisée spécifiquement dans le but d'intenter une agression, alors que la victime a pu ingérer volontairement plusieurs drogues au cours de la soirée. Elle s'étonne particulièrement de la place de la cocaïne dans les cas de soumission chimique.

**Léïla Chaouachi** indique qu'un projet de recherche scientifique sur le GHB dans la soumission chimique, le GSC, permet d'effectuer systématiquement des analyses toxicologiques de cheveux. Cette pratique permet de distinguer les substances qui ont déjà été consommées par la victime de celle qui est plus exceptionnelle. Malheureusement, l'analyse ne peut pas être systématisée, d'autant plus dans le cadre d'une enquête en vie réelle. Pour l'enquête nationale, la cocaïne est mentionnée dans la majorité des cas dans le cadre de prises forcées. La présence de la substance est également régulièrement constatée dans les prises de sang, les victimes admettant rarement qu'elles consomment cette drogue. Il est important de rappeler que la cocaïne est consommée, car elle lève le sentiment de peur et favorise les comportements consommateurs à l'égard d'autres substances.

## PLÉNIÈRE : (MÉS)USAGES ET POPULATIONS

➤ **Mickaël Bisch, Président de séance, CHU de Nancy**

**Mickaël Bisch**, Président de séance, accueille le Dr Guillaume Airagnes, directeur de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) afin de dresser un panorama épidémiologique des mésusages.

**Discutant :**

➤ **Dr Guillaume Airagnes, Observatoire français des drogues et des tendances addictives**

**Guillaume Airagnes**, OFDT, précise qu'il ne s'attardera pas sur les sujets en lien avec la prégabaline et les opioïdes antalgiques, déjà largement abordés lors de ces rencontres. Il souligne simplement que la prégabaline est particulièrement intéressante pour les observateurs en épidémiologie, car les personnes qui présentent des troubles de l'usage peuvent être distinguées en deux profils ; une population de jeunes garçons, migrants, et une population féminine d'une cinquantaine d'années, issue des classes moyennes et ayant commencé à utiliser la prégabaline dans un contexte de douleur. Il est en effet assez rare de constater une telle absence de *continuum* dans la diffusion d'une substance.

En introduction, il rappelle quelques données qui continuent de surprendre chez les jeunes populations. Depuis au moins une dizaine d'années est constatée une baisse continue des niveaux de consommation pour les trois substances les plus prévalentes (*alcool, tabac et cannabis*). Par exemple, le tabagisme quotidien chez les lycéens est passé de 31 % en 2011 à 6,2 % en 2022. Ainsi, il n'y a pas d'explosion d'usage de drogue chez les jeunes et cette tendance se retrouve également pour les autres substances. En 2022, 47,4 % des jeunes rapportent n'avoir jamais expérimenté ni l'alcool, ni le tabac,

ni le cannabis, contre un tiers en 2018. Malgré tout, de telles données masquent plusieurs problématiques. Lorsqu'un phénomène est moins prévalent en population générale, il a notamment pour conséquence de creuser les inégalités sociales ; la prévalence des jeunes lycéens fumeurs quotidiens est multipliée par 4 entre ceux qui sont scolarisés en filière générale et ceux qui sont sortis du système éducatif. Par ailleurs, la baisse du niveau de consommation ne signifie pas une amélioration de l'état de santé mentale dans la mesure où est observée une augmentation du risque dépressif et des symptômes anxieux chez les jeunes. Cette dégradation de la santé mentale peut être attribuée aux changements dans les modalités de sociabilisation, avec des jeunes particulièrement tournés vers les réseaux sociaux et les écrans.

**Un participant** remarque que l'écoanxiété est une autre source de difficultés chez les jeunes.

**Guillaume Airagnes** rejoint le propos, le sujet pourrait être exploré.

Ces baisses dans les niveaux de consommation chez les jeunes se retrouvent dans une grande partie des pays de l'OCDE, les changements dans les modes de sociabilisation étant globaux. Toutefois, en France, la tendance à la baisse est plus rapide que dans les pays voisins. La grande enquête HBSO montre que la France est passée de la première position pour les adolescents de 11 ans qui ont déjà consommé de l'alcool en 2018, à la douzième place en 2022. Il est possible que cette évolution soit le reflet du déploiement des programmes de développement des compétences psychosociales et des stratégies de prévention nationales.

L'un des usages qui font exception à la règle dans cette baisse des niveaux de consommation chez les jeunes est le vapotage. L'enquête ESCAPAD a montré que, pour la première fois en 2022, l'expérimentation de la cigarette électronique est passée avant l'expérimentation du tabac. À 17 ans, 57 % des jeunes ont déclaré avoir expérimenté la cigarette électronique. Entre 2018 et 2022, cette part des vapoteurs quotidiens au lycée a été multipliée par 4, passant de 0,6 % à 2,6 %. De nouveau, les inégalités sociales sont extrêmement fortes ; moins de 5 % de vapoteurs quotidiens au lycée sont en filière générale, tandis que le double est sorti du milieu scolaire. Pour précision, même s'il s'agit de vapoteurs quotidiens exclusifs, la baisse du tabagisme reste beaucoup plus importante que l'augmentation du vapotage. La problématique est alors de constater l'entrée dans la dépendance à la nicotine chez de jeunes non-fumeurs, par la cigarette électronique.

Parmi les autres substances qui font exception à la règle se retrouvent les poppers et le protoxyde d'azote. Un peu plus de 8 % des lycéens déclaraient avoir déjà expérimenté du popper en 2022 et, comme pour le protoxyde d'azote, le *sex-ratio* est de presque 1,8 % chez les garçons et de 8,3 % chez les filles. Ici, il est rappelé qu'il est plutôt inhabituel que les filles soient aussi représentées que les garçons dans les usages de substances, y compris à l'adolescence. L'accessibilité des poppers a beaucoup évolué, ces produits sont désormais disponibles dans les bureaux de tabac et présentent un marketing qui cible directement les jeunes, alors même que la vente est interdite aux mineurs. Concernant le protoxyde d'azote, une publication de l'OFDT « *les évolutions et l'offre multiforme et dynamique dans l'usage de protoxyde d'azote* » permet de voir la grande diversité des profils d'utilisateurs en termes sociodémographiques. Le marketing autour des *tanks* de protoxyde d'azote et des produits dérivés pose à la fois un problème de santé publique, de trafic et de préoccupations environnementales. En termes de santé publique, les conséquences neurologiques de l'intoxication chronique au protoxyde d'azote sont devenues la première cause d'hospitalisation chez les jeunes de 18 à 25 ans en Île-de-France, avec une grande diversification des profils de consommateurs.

Chez les adultes, pour rappel, la substance qui tue le plus de personnes est le tabac, soit environ 80 000 morts par an, tous les ans. En deuxième position se situe l'alcool avec 50 000 morts par an et, enfin, le cannabis qui est la substance illicite la plus consommée. Est observée, contrairement à chez

les jeunes, une augmentation des consommations de psychostimulants (*cocaïne, MDMA*) en population générale adulte. Ces adultes débutent une consommation, il ne s'agit pas de jeunes consommateurs de psychostimulants qui deviennent adultes. D'où la diversification du profil des usagers de psychostimulants avec, en plus des populations d'usagers de psychostimulants très classiques, de nouvelles populations qui consomment pour des raisons souvent associées à des conditions de vie beaucoup plus difficiles et délétères. La cocaïne est en effet devenue plus accessible et s'est diffusée dans des catégories sociodémographiques et socio-économiques qui n'étaient pas consommatrices auparavant. Une illustration flagrante du phénomène est l'étude réalisée sur la population des marins-pêcheurs qui voient leurs conditions de travail se dégrader dans le contexte écologique et économique actuel et sont victimes d'une « *épidémie* » de consommation de cocaïne.

Parmi toutes les substances psychoactives habituelles, l'alcool est la seule pour laquelle il est considéré qu'il existe un usage à moindre risque avec des seuils fixés à 2 verres par jour et maximum 10 verres par semaine, avec plusieurs jours sans consommer. Au-dessus de ces repères de consommation, la consommation peut être qualifiée de mésusage. Pour rappel, les repères de consommation à moindre risque sont des repères généraux qui ne concernent pas des populations spécifiques à risque (*ex. personnes avec un projet de grossesse, personnes allaitantes, adolescents*). Il se trouve que les repères sont, par ailleurs, largement dépassés par la population générale ; plus de 60 % des hommes et plus de 35 % des femmes issues de la population générale dépassent les repères de consommation à moindre risque. Ce constat pose la question de la « *dénormalisation* » de l'usage de l'alcool. Les niveaux de consommation d'alcool en population générale diminuent faiblement, ce qui explique que la problématique reste une priorité en matière de santé publique. De manière générale, les hommes ont 2 fois plus d'usages à risque que les femmes.

Concernant les benzodiazépines, leurs propriétés sédatives, hypnotiques, anxiolytiques, etc., ont longtemps fait oublier leurs effets indésirables. En termes de prévalence en population générale adulte, 2,7 % de mésusages (*plus de 12 semaines de prise continue*) sont observés chez les femmes de moins de 35 ans, contre 1,7 % chez les hommes. Ce chiffre passe à 12,2 % chez les femmes et 9,3 % chez les hommes de plus de 50 ans. Contrairement à de nombreuses autres substances, les prévalences sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Aussi, les sujets qui risquent le plus de souffrir des effets indésirables en consomment le plus, soit 15 % des hommes déprimés en population générale qui présentent un mésusage de benzodiazépine, contre 14 % des femmes. Parmi les autres indicateurs de comorbidité, il est possible de retrouver l'âge et les pathologies chroniques, mais également des événements populationnels. Par exemple, la consommation de benzodiazépines chez les Français de moins de 50 ans a augmenté suite aux attentats du 13 novembre 2015. Cette donnée est particulièrement importante pour les réflexions autour des stratégies de santé publique visant à prévenir ces usages. Au-delà des phénomènes d'*overuse* et de *misuse* des benzodiazépines, il est important de souligner les risques d'*underuse*. Par exemple, un patient déprimé peut penser être traité pour ses symptômes dépressifs alors qu'il ne l'est pas nécessaire. Dans certains cas, les benzodiazépines peuvent même aggraver les symptômes psychiatriques dans la mesure où l'activité anxiolytique de ces substances passe par un effet désinhibiteur qui pourrait stimuler le risque suicidaire. Face à ces constats autour des benzodiazépines, L'ANSM a relancé une campagne de sensibilisation au bon usage des médicaments dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie.

Avant de passer aux questions du public, **Mickaël Bisch** tient à rappeler qu'en population suivie en psychiatrie et avec des maladies mentales, il n'y a pas de bénéfice prouvé des benzodiazépines au long cours.

➤ **Questions du public**

**Une participante** observe que les mésusages de benzodiazépines évoqués par le Dr Airagnes sont principalement liés à la prescription. Elle demande si des données sont disponibles concernant les usages en dehors de la prescription.

**Guillaume Airagnes** répond que les études sur le mésusage en benzodiazépine sont compliquées en raison du nombre de molécules différentes. De plus, les patients ne savent pas toujours avec exactitude quels médicaments ils prennent. La seule piste est de s'intéresser aux profils des consommateurs hors prescription, le plus souvent les personnes déclarent récupérer les médicaments qui « *traînent* » dans la pharmacie. Il existe également un marché noir, toutefois, il n'est pas des plus dynamiques.

**Une participante** demande comment se situe la France par rapport aux autres pays, concernant la prescription de benzodiazépines.

**Nathalie Richard** indique que l'ANSM a justement publié un rapport sur la consommation de benzodiazépines en France, qui figure parmi les premiers pays au niveau européen. Elle ne dispose pas d'explications précises, en revanche des outils sont disponibles pour mesurer les tendances. L'un des enjeux est par exemple la dé-prescription chez les sujets âgés.

**Guillaume Airagnes** ajoute que, contrairement à ce qui peut être observé pour les benzodiazépines, les niveaux de consommation de cannabis sont stables en population adulte. Cette cohorte n'étant à ce jour pas renouvelée, cela explique une tendance générale plutôt à la baisse.

**Mickaël Bisch** estime également que la sous-prescription possible des traitements du trouble anxio-généralisé par des antidépresseurs adaptés pourrait être une cause de la prévalence importante des prises de benzodiazépines.

## TABLE RONDE : USAGES DE PRÉGABALINE

### **Discutante :**

- **Mélissa Pourcel, RESPADD**

### **Intervenant(e)s :**

- **Mélissa Pourcel, RESPADD**

**Mélissa Pourcel, RESPADD**, rappelle que la prégabaline, aussi connue sous le nom commercial de Lyrica, est un produit particulièrement consommé par des populations éloignées des soins, précaires et en parcours d'exil. Ce phénomène de consommation émergent est mal connu et a tendance à mettre les professionnels de l'accueil et du soin dans l'impasse. Or, il ne s'agit pas de la première fois qu'un produit met le système de santé et médico-sociale face à ses limites. Le sachant peut toutefois agir en réinventant des manières de soigner, d'accompagner et d'aller vers.

Les intervenants à cette table ronde, Nabil Yajjou et Bastien Guillermin, partageront leurs observations et leurs pratiques s'agissant de l'accueil et de l'accompagnement des consommateurs de prégabaline hors cadre prescrit

➤ **Nabil Yajjou, La Case de santé, Toulouse**

**Nabil Yajjou**, La Case de santé, introduit son propos en partageant son intérêt non pas pour le Lyrica, mais pour les personnes qui le consomment, et en particulier les profils de jeunes migrants, exilés du Maghreb, de l'Europe de l'Est et de la Géorgie. Pour rappel, la prégabaline est un traitement médicamenteux commercialisé depuis 2004 en France avec un effet apaisant. Il est généralement indiqué pour les douleurs neuropathiques, l'épilepsie et, plus récemment, pour les troubles anxio-généralisés. Depuis 2018, il est possible de constater une augmentation des usages hors protocole qui a conduit à l'inscription de la prégabaline sur la liste 1 des substances déviantes en 2021. Le médicament est alors soumis à prescription sécurisée. Les effets recherchés sont principalement l'anxiolyse, l'euphorie, une hausse de la libido et une forme de désinhibition. Le produit est consommé dans des contextes urbains d'extrême précarité et la molécule est valorisée à travers des chansons populaires dans les pays d'origine de la plupart des consommateurs, notamment l'Algérie et le Maroc. En Algérie, elle est appelée « *Saroukh* », la fusée, pour son effet euphorisant et la psychostimulation. Pour précision, s'il est souvent question des jeunesses exilées, la problématique concerne également des jeunes nés sur le territoire français, mais qui partagent des similarités en termes de contexte de vie (*squats, marginalisation*), issus de quartiers populaires. Les consommations ont tendance à s'élargir ces dernières années, pour toucher également des populations de classes moyennes et supérieures.

La consommation de Lyrica ne semble pas être une manière de s'autodétruire, mais plutôt de se soulager, dans une forme de survie. Il s'agit malgré tout d'un poison, caractérisé par un envahissement de la pensée et un temps significatif passé à rechercher la substance, une certaine agressivité chez les personnes en recherche, le risque de surdose en polyconsommation et notamment avec les opiacés. Il se trouve que les enquêtes DRAMES ne mentionnent pas fréquemment la prégabaline dans la mesure où elle est souvent associée à d'autres substances et qu'elle n'est pas systématiquement recherchée par les services des urgences. Le Lyrica est aussi utilisé dans des cas de soumission et de vulnérabilité chimique, notamment dans des réseaux d'exploitation, sur des jeunes et mineurs. Dans sa dimension remède, il est reconnu pour sa fonction auto-thérapeutique et généralement consommé par des personnes de plus de 50 ans qui en ont remarqué son effet anxiolytique et désinhibiteur. Enfin, parmi les consommateurs, se trouve la figure du jeune maghrébin, violent et insoumis à l'autorité. Pour information, sont projetées en séance les molécules parentes de la prégabaline également consommées (*ex. clonazépam*).

Le lien entre les syndromes post-traumatiques, les traumatismes complexes et les addictions existe. Or, les jeunesses exilées sont composées de sujets qui présentent un parcours migratoire traumatogène à différents niveaux ; avant, pendant ou après la migration. Alors que la prégabaline était considérée comme une « *addiction d'importation* », elle doit plutôt être perçue comme le reflet d'un contexte de consommation resté inchangé. Les jeunes concernés sont toujours en situation de précarité et d'instabilité. Pour beaucoup, la prégabaline leur permet de s'éloigner de leur souffrance immédiate pour survivre alors que leurs croyances en l'avenir sont très faibles.

Pour définir les usages, l'intervenant propose de parler d'« *usages pirates* ». Ce terme est emprunté à Paul B. Preciado pour évoquer un usage autoadministré, affranchi de la prescription médicale. En termes d'accompagnement, le moment le plus important est celui de l'accueil. L'enjeu est de créer des interstices afin de discuter de la consommation et de permettre au profil particulier des jeunes migrants consommateurs d'être entendu, de sortir des cloisonnements qui existent de fait.

## Expérience en maison d'arrêt

### ➤ **Bastien Guillermin, CSAPA APORIA, Nanterre**

**Bastien Guillermin**, CSAPA APORIA, indique que l'équipe CSAPA de la maison d'arrêt de Nanterre est incluse dans le protocole-cadre de santé des détenus, en charge de l'addictologie. Pour rappel, les établissements pénitentiaires se trouvent dans une situation d'extrêmes tensions, avec un taux de 200 % d'occupation et une question de l'accès aux soins qui peut être difficile. Son équipe dispose de 3 bureaux de consultation en addictologie au sein de l'unité sanitaire et œuvre à développer un travail pluridisciplinaire et transdisciplinaire avec tous les professionnels de l'unité.

Depuis quelques années, les rencontres avec un public consommateur de prégabaline sont de plus en plus fréquentes. La première difficulté de ces rencontres est la barrière de la langue, avec des services d'interprétariat parfois inadaptés et qui se heurtent à la méfiance des publics, d'autant que ces derniers sont très peu institutionnalisés et n'ont pas l'habitude d'entrer en contact avec des personnes de la société globale. Ils sont invisibilisés, voire rejetés, y compris au sein de la population carcérale. Par exemple, l'administration pénitentiaire a finalement décidé de dédier un étage à ces populations. Or, les personnes qui se sentent mal accueillies ne reviennent pas vers le soin. En milieu carcéral, la souffrance de ces publics est particulièrement minimalisée, notamment par les médecins qui manquent de formation sur les conséquences du sevrage.

L'institution Charonne, à Paris, a créé le dispositif d'« *Aller vers* » Bociék il y a plusieurs années, qui s'adressait à l'origine à des publics d'Europe de l'Est. Les professionnels du dispositif parlaient la langue des publics et étaient formés sur les problématiques d'addictologie. Puis, a été créé le dispositif Sawiyan, porté par deux intervenantes psychologues arabophones formées en addictologie, dans une approche transculturelle. Alors, il était question d'organiser des groupes de parole en arabe coanimés par les psychologues et un éducateur CSAPA. Les objectifs étaient de réduire les risques de souffrance psychique qui ont souvent des conséquences de passage à l'acte en prison, de reconnaître cette souffrance, de proposer un lieu de rencontre digne, d'entendre les demandes d'accompagnement et de les coordonner. Dans les faits, la question du groupe a finalement posé difficulté en termes d'adhésion, car il n'était pas pertinent de formuler une proposition unique. Cela a conduit l'une des psychologues, Sana Essid, à recevoir les publics en individuel ou en entretien avec un autre professionnel d'unité sanitaire. Il s'agit de favoriser un travail sur les problématiques spécifiques. L'adhésion est, depuis, beaucoup plus importante. Néanmoins, une autre limite est la poursuite des rencontres avec ces publics après la détention, ce qui est à ce jour pratiquement impossible. La plupart des personnes concernées font en effet l'objet d'OQTF exécutées le jour de leur sortie de prison. Il est alors important de travailler sur l'« *après* » en tenant compte de cette réalité. L'intervenant s'interroge ici sur la possibilité de se tourner vers les centres de détention dans lesquels les personnes sont envoyées en attendant l'exécution de leur OQTF, centres quasiment dépourvus d'offres de soin et dans lesquels les associations n'ont pas le droit de se rendre.

Le travail de Sana Essid a également permis de former les médecins, psychiatres et professionnels de l'unité sanitaire sur la question médicamenteuse et de la prégabaline, avec l'aide du Dr Catherine Pequart particulièrement auprès des pharmaciens. Des changements de pratiques ont pu être observés, bien que les évolutions soient lentes. Il est important d'ouvrir la question partenariat interdisciplinaire, de faire sortir les professionnels des représentations que chacun peut avoir concernant ces publics.

### ➤ **Questions du public**

**Mélissa Pourcel**, revient sur Paul B. Preciado, qui parle des corps comme de « *corps politiques* » et, en particulier pour les personnes en situation administrative irrégulière, de l'invisibilisation de la sexualité, du genre. Ces personnes deviennent un groupe homogène. La question des consommations de drogue est en fait étroitement liée à la question des identités et au besoin de déconstruire les représentations chez les personnes et chez les professionnels.

Par ailleurs, elle s'interroge sur la possibilité de repérer des personnes relais dans l'entourage des publics concernés, qui pourraient jouer un rôle dans les actions d'« Aller vers ».

**Nabil Yajjou** estime que toute démarche d'« Aller vers » implique de repérer des personnes qui sortiraient du lot et pourraient adopter une position médiatrice, de lien. Sur la consommation de prégabaline, il n'a pas connaissance de la mise en place de tels relais chez les jeunes, bien que d'anciens usagers de la structure puissent parfois s'impliquer. Malgré tout, une structuration des dispositifs demande des financements et des disponibilités importantes.

**Un participant** les jeunes en situation de migration forcée qui consommaient essentiellement de la prégabaline médicamenteuse détournée de son usage. Or, au Maghreb, la part prise par la prégabaline contrefaite est de plus en plus importante et touche de nouvelles populations. Au sein du CSAPA dans lequel il travaille, l'intervenant remarque que des jeunes qui disposent d'un visa étudiant au long cours – qui ne s'identifient pas aux profils des jeunes mineurs non accompagnés – ont commencé à consommer de la prégabaline suite à une blessure chez eux et s'estiment légitimes dans l'obtention d'une prescription en France.

**Nabil Yajjou** répond que les possibilités traumatogènes sont multiples dans les parcours des jeunes, qu'ils disposent ou non d'un visa.

**Un participant** observe que le potentiel traumatogène n'est toutefois pas le même pour un jeune ayant rejoint le territoire français légalement, en avion, et un autre qui aurait voyagé durant plusieurs mois.

**Nabil Yajjou** estime que les contextes de vie peuvent tout aussi bien être traumatogènes avant et après l'acte migratoire, l'arrivée en France peut créer un stress. Or, le Lyrica étant un bon anxiolytique, il est toujours indiqué et valorisé au Maghreb.

**Marie-Claire**, interne en psychiatrie addictologie à Clermont-Ferrand, demande si la prescription de prégabaline, dans la mesure où elle est sécurisée, ne permettrait pas de limiter l'accès au marché noir en maintenant la consommation dans un cadre médical. Ainsi, il est également possible d'envisager une décroissance avec les patients. Par ailleurs, elle demande s'il existe un risque au sevrage.

**Nabil Yajjou** répond que la Case de santé a effectivement fait le constat que la prescription facilite la prise de contact avec les publics. La prégabaline est donc prescrite selon un protocole standardisé, bien que les consommations soient supérieures à l'AMM cela est intéressant pour « *créer des interstices* » tel qu'évoqué dans la présentation.

**Bastien Guillermin** ajoute que dans le milieu carcéral, les médecins ont longtemps été démunis face à la situation, ne sachant pas s'il était préférable de prescrire ou non. Grâce au travail mené avec le Dr Catherine Pequart, les professionnels pratiquent désormais une prescription de Lyrica dégressive pour soulager le manque dans un premier temps et limiter la souffrance liée au sevrage, qui peut être extrêmement intense. La prescription est un sujet central pour la question de l'alliance avec les patients et de la prise de contact.

**Mélissa Pourcel** invite les participants à consulter le guide du RESPADD, qui mentionne notamment les prescriptions de prégabaline et d'autres produits comme partie importante de l'accompagnement, avant d'engager des échanges concrets avec le patient sur le produit et sa consommation.

**Elisabeth Avril**, directrice de Gaïa, tenait à évoquer les populations d'Europe de l'Est qu'elle rencontre régulièrement. Les sujets sont plus âgés et ont tendance à consommer la prégabaline pour potentialiser les effets des opiacés, lutter contre l'anxiété ou même pour se sevrer de la méthadone. Pour ces publics également, Gaïa a pris le parti de délivrer la prégabaline dans certains cas afin d'ouvrir le dialogue.

**Un participant** ajoute que la prégabaline étant un modulateur GABAergique, son arrêt brutal peut entraîner des crises convulsives. La décroissance doit être progressive au même titre que pour les benzodiazépines, tel qu'inscrit dans les recommandations nationales de l'HAS en 2019.

**Une participante**, du dispositif TREND de l'OFDT en Rhône-Alpes-Auvergne, indique que les services des forces de l'ordre témoignent d'un phénomène qui dépasse le trafic alimenté par des détournements d'ordonnance. Il s'agit d'un trafic international, avec de la prégabaline en provenance de la Grèce ou de la Turquie. Le risque d'alimenter le trafic par la prescription semble alors minime.

## OUVERTURE DES SESSIONS DE L'APRÈS-MIDI

- **Présidente de séance : Marianne Hochet, RESPADD**

**Marianne Hochet**, RESPADD, introduit la dernière demi-journée des rencontres, qui propose aux participants d'adopter une perspective légèrement différente. La première session sur les états de conscience modifiés, qui sera modérée par Maëla Le Brun et Bertrand Leibovici, sera en effet l'occasion de parler de thérapie non médicamenteuse et psychédélique. Il sera possible de se questionner sur la place de ces approches par rapport aux médicaments ; « *alternatives ou complémentarité ?* ». La seconde session, un débat animé par Philippe Batel, portera sur la place des différents produits et usages évoqués tout au long des rencontres.

### TABLE RONDE : ÉTATS DE CONSCIENCE MODIFIÉS ET SOINS

#### **Discutant(e)s :**

- **Bertrand Leibovici, Bus 31/32**
- **Maëla Le Brun, Bus 31/32**

**Bertrand Leibovici** propose, en préambule, d'interroger les intervenants de la table ronde de la manière suivante : « *Pourquoi les psychédéliques, entre toutes substances psychoactives, ont-ils le mérite d'avoir des possibilités thérapeutiques importantes tout en se maintenant dans le temps ?* ».

**David Reydellet** estime que la réponse réside dans le fait que les effets des psychédéliques s'ancrent effectivement dans le temps, encore faut-il comprendre pourquoi. Par ailleurs, il s'agit d'un état de conscience altéré qui induit une perturbation suffisamment grande pour changer le regard que l'on porte sur soi-même, ce qui pourrait expliquer son caractère peu addictogène.

**Un participant** rejoint le fait que le caractère un peu addictogène des psychédéliques par rapport aux autres substances joue sur son attractivité. Il est également possible de se demander si l'état de conscience modifié des psychédéliques fait leur efficacité, ce qui est loin d'être démontré aujourd'hui.

**Anne-Sophie Bazin** estime que dans la mesure où les psychédéliques augmentent la neuroplasticité, ils permettent de désagréger des processus figés. Au-delà de la prise, il est intéressant d'observer la relation thérapeutique particulière permise par ces substances.

**Maëla Le Brun** invite ensuite Anne-Sophie Bazin pour la première présentation. Cette dernière exerce une pratique intégrative psychocorporelle, individuelle ou en groupe, à laquelle elle a été initiée en hôpital psychiatrique, en Thaïlande. Elle a également été formée à l'accompagnement des psychotraumas, notamment *via* l'approche par intégration du cycle de vie.

#### **Intervenant(e)s :**

##### Approches non médicamenteuses

- **Anne-Sophie Bazin, Hôpital Marmottan, Paris**

**Anne-Sophie Bazin**, Hôpital Marmottan, souligne que le sujet des états modifiés de conscience dans les soins invite à explorer la dynamique entre transpathologique et possibilité thérapeutique des états modifiés de conscience.

Les états modifiés de conscience ont tendance à renvoyer aux usages de substances psychoactives et à la perte de contrôle, aux mécanismes addictifs. Elle proposera alors d'aborder ces états modifiés de conscience dans leurs dimensions historique, transculturelle et phénoménologique. Il s'agit de

comprendre différemment ce que les sujets présentant un trouble de l'usage de substances tentent de rencontrer dans leurs états chimiquement induits. Il sera aussi possible de se questionner sur la manière dont la modernité occidentale s'approprie ce sujet et sur la place que ces états modifiés de conscience peuvent occuper dans le champ de la thérapie.

Un état modifié de conscience est une altération temporaire et réversible de la perception, de la cognition, du rapport au corps, à soi et au monde. Il existe des phénomènes spontanés au quotidien (*ex. absorption cognitive, automatismes quotidiens, flux créatif, états de flow dans le sport*), ainsi que des trances induites par différents mécanismes ritualisés. Du point de vue anthropologique, les phénomènes de transe ne sont pas marginaux, avec des pratiques documentées depuis l'Antiquité, tels que la Pithy de Delphes ou les Temples du Sommeil, qui sont des sanctuaires où les personnes étaient induites en état modifié de conscience à travers des rituels de transe onirique. Au Moyen-Âge, peuvent être citées les figures de Hildegarde de Bingen ou de Sainte Thérèse d'Avila. Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, il existe enfin des traces de rituels chamaniques (*ex. consommation d'ayahuasca en Amazonie*). Ces rituels ont des fonctions plus ou moins similaires, soit la prise de contact avec les esprits ou le divin, la guérison, la régulation émotionnelle ou le bien social, avec des techniques plus ou moins similaires d'induction chimique ou de sollicitation sensorielle. Elle porte particulièrement l'attention des participants sur la pratique de la tarentelle, apparue dès le Moyen-Âge dans le sud de l'Italie et documentée jusque dans le XX<sup>e</sup> siècle. Des femmes issues de populations rurales et présentant des états d'agitation étaient soignées par des rituels de danses frénétiques. Les travaux de l'anthropologue Ernesto De Martino ont permis de montrer que cette transe permettait l'expression d'un conflit intérieur pour ces femmes qui subissaient une forte oppression patriarcale et une répression émotionnelle.

*Un extrait vidéo est projeté en séance.*

Chez Pierre Janet, l'extase est un état d'unité psychique où émotions, pensées et actions sont synchronisées et où le sujet va se ressentir pleinement vivant, un état proche de ce qui est retrouvé dans les EMC thérapeutiques, tels que l'hypnose. Les états modifiés de conscience deviennent alors une manifestation possible d'un effondrement ou d'une réparation psychique. Dans les années 1950, les états modifiés de conscience induits par les psychédéliques vont faire l'objet d'un intérêt scientifique notamment impulsé par la découverte du LSD par Albert Hoffman en 1938. Dès lors, le LSD est proposé à la fois comme un outil de recherche en psychiatrie afin d'induire des états comparables à la psychose et comme un outil thérapeutique. Les psychédéliques feront également leur entrée à l'université dans les années 1960, notamment à Harvard, avec le professeur Timothy Leary. Toutefois, ce dernier se verra reprocher un manque de rigueur dans ses recherches et sera rapidement banni du milieu académique. Il continuera de prôner l'intérêt de l'usage des psychédéliques dans une perspective de développement personnel et spirituel, ce qui fait écho au contexte de la contre-culture aux États-Unis et alimentera le clivage autour de la question des psychédéliques dans l'opinion publique. Finalement, dans les années 1970, la pénalisation des psychédéliques marquera un tournant et la France sera la première à interdire leur usage. Pour précision, la France avait la particularité d'utiliser les psychédéliques dans une forme de thérapie de choc très angoissante pour les patients et les bénéfices thérapeutiques n'étaient pas mis en avant. Les recherches psychédéliques font un retour progressif depuis les années 2010-2020, notamment pour le traitement de la dépression résistante et des syndromes post-traumatiques. Peut aussi être soulignée l'émergence des états modifiés de conscience non induits par substance dans le champ de la psychothérapie, notamment avec Milton Erickson dans les années 1960, ou encore avec le professeur Jon Kabat-Zinn. Certains psychiatres se spécialiseront en parallèle dans le psychotrauma et réhabiliteront la pensée de Pierre Janet qui cherche à sécuriser le patient et à traiter le système corps-esprit.

Il existe deux grandes typologies d'états modifiés de conscience en psychothérapie inductive intégrative. D'une part, des formes d'induction par retour ou déstabilisation sensorielle (*ex. hypnose*) et, d'autre part, des formes d'induction par régulation sensorielle (*ex. méditation, relaxation*) et des pratiques de type intégration du cycle de vie (*ex. EMDR, thérapie sensorimotrice*), qui vont amener une régulation neurophysiologique à travers l'intégration des souvenirs traumatiques. Ces pratiques cherchent toutes à accéder à des dimensions non verbales, à contourner des processus cognitifs figés, et à mener un travail de sécurisation et d'intégration psychique. Les approches phytocorporelles doivent être privilégiées dans l'accompagnement des addictions afin que la personne se rapproche de ses émotions avant même d'évoquer les sujets classiques de manques, de *craving* et de produits. En outre, il y a une prévalence importante des psychotraumas chez les patients addicts, avec un évitement de l'expérience et de la relation. Chez ces patients, les substances serviront d'état modifié de conscience défensif, d'EMC dysfonctionnel, ce qui explique qu'ils se tournent vers des transes déritualisées.

La thérapie en addictologie va alors chercher à rendre à la transe sa fonction de transformation et non de fuite, en proposant aux patients de découvrir des pratiques substitutives aux substances, des alternatives pour faire face aux *cravings*, de se reconnecter progressivement aux affects. Il s'agit par ailleurs de réinsuffler un pouvoir d'agir, de contrôle. La relation thérapeutique peut induire un état modifié de conscience partagé, le patient et le professionnel travaillent en coordination, ce qui peut faciliter l'émergence d'une nouvelle expérience pour le patient. Cependant, plusieurs enjeux doivent être considérés, dont des enjeux éthiques, avec une vigilance à porter aux mécanismes de suggestion, d'emprise et de dérives sectaires. Le patient doit se voir garantir un cadre thérapeutique clair. De plus, le rapport plus horizontal qu'entretiennent les thérapeutes avec leurs patients peut amener à valoriser l'expérience subjective du patient.

Pour conclure, Anne-Sophie Bazin souligne que le travail en addictologie invite à reconnaître la fonction psychique des états modifiés de conscience recherchés dans les substances. Cela peut être un levier thérapeutique potentiel qui amène à cocréer d'autres modalités de transformation psychique.

**Maëla Le Brun** introduit l'intervention de David Reydellet, qui coordonne notamment un essai clinique qui débutera prochainement, sur le LSD et les troubles anxieux généralisés.

### Thérapies psychédéliques

#### ➤ **David Reydellet, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille**

**David Reydellet**, Hôpitaux de Marseille, revient tout d'abord sur son parcours, ayant travaillé dans des départements de recherche en psychiatrie et ayant également souffert du point de vue psychique, notamment en tant que pair aidant. Il dispose enfin d'expériences diverses en matière d'états de conscience altérés.

*Plusieurs photos sont projetées en séance, représentant différents rituels et pratiques thérapeutiques dans le monde.*

Le point commun entre les différentes photos, malgré des expériences fondamentalement différentes, est l'intention de se soigner, de soigner ou de se transformer. La question se pose alors de savoir si la guérison se trouve dans l'expérience ou dans les substances.

Il existe donc plusieurs conceptions de soins, qu'il est possible d'analyser comme étant plus ou moins souples ou rigides, et comme appartenant à un cadre biomédical strict ou plutôt inscrit dans un modèle relationnel. Par exemple, les essais cliniques randomisés menés sans psychothérapie ont pour objectif

de développer un médicament et entretient dans un modèle très biomédical, avec un cadre assez rigide et contrôlé, tandis que les thérapies assistées par psychédéliques seront un peu plus souples et davantage tournées vers le modèle relationnel (ex. *thérapie assistée par MDMA aux États-Unis*). À l'opposé du cadre biomédical et contrôlé, il est possible de citer les pratiques de psychonautisme autonome ou en groupes de pairs qui consiste à explorer des états de conscience altérés à des fins de transformation ou d'exploration.

De nombreuses recherches portent sur la tentative de dégager des points communs entre ces différentes prises de psychédéliques ou de comprendre les mécanismes thérapeutiques qui en découlent. Ces recherches permettent de distinguer plusieurs niveaux d'organisation du plus scientifique au plus subjectif (ex. *moléculaires, neurocellulaires, existentiel, sociétal, etc.*) avec des fonctions et mécanismes variés. Par exemple, la neuroplasticité, la suppression des peurs, la flexibilité cérébrale. L'entropie cérébrale pourrait également être impliquée d'un point de vue thérapeutique dans la mesure où elle permet de créer une forme de déstructuration. Par ailleurs, d'un point de vue existentiel, voire sociétal, il est intéressant de souligner que les psychédéliques peuvent changer les valeurs et croyances métaphysiques des participants sur le long terme. En synthèse, il existe beaucoup d'effets potentiellement thérapeutiques.

Dans les essais cliniques sans psychothérapie, il s'agit de se concentrer sur un mécanisme ou deux, soit la neuroplasticité et les effets neurodynamiques, ce qui permet d'avancer que la molécule réduit les symptômes par son action neurobiologique. Dans les thérapies assistées par les psychédéliques, il sera également question d'ouverture émotionnelle, d'*insight*, la molécule est perçue comme un facilitateur, un catalyseur de transformation qui permet un travail émotionnel dans un cadre plus structuré. Dans les cérémonies traditionnelles, les mécanismes qui ressortent sont ceux de la purge, de la connexion avec les esprits avec des visions. La plante enseigne, nettoie et guérit en lien avec un monde invisible. Dans des cérémonies néo-chamaniques, le rituel est très symbolique et l'on retrouve une forme de reconnexion à soi-même. La transcendance apparaît aussi comme un mécanisme assez important, d'où l'utilisation de substances qui produisent des transcurrences (ex. *5-MeO-DMT*). Ici, le rituel additionné à la molécule viendra activer un processus de transformation personnelle. L'auto-expérimentation à visée introspective est une thérapie psychédélique en elle-même. Peut aussi être évoqué le psychonaturalisme, une forme de psychonautisme pratiqué en nature dans une recherche de reconnexion à la nature et au vivant. Enfin, l'expérience festive peut avoir un effet thérapeutique avec une suspension des repères ordinaires et une résonance dans le collectif. Une anthropologue au Royaume-Uni cite d'ailleurs les 4D ; « *drugs, drums, sleep deprivation and dance* ». Le collectif peut aussi jouer dans les cercles d'intégration, avec une guérison par la parole et le partage d'expériences.

Chaque pratique porte alors une croyance implicite sur ce qui agit, y compris les études scientifiques et les essais cliniques en double aveugle. Les états de conscience altérés induits par les psychédéliques, en étant en dehors du cadre, pourraient finalement permettre de révéler ce cadre, les normes médicales, thérapeutiques. Pour conclure, il propose aux participants de s'interroger : « *Comment décide-t-on qu'une thérapie fonctionne ? En quoi un cadre est-il reconnu comme légitimement thérapeutique ? Les psychédéliques ne seraient-ils pas des molécules permettant de faire apparaître d'autres aspects thérapeutiques du soin ?* ».

**Maëla Le Brun** propose de céder la parole au dernier intervenant, Bruno Roméo, docteur en psychiatrie et en sciences, pour expliciter le lien entre l'expérience mystique et les réponses thérapeutiques.

➤ **Bruno Roméo, Hôpital Paul-Brousse, Assistance publique – Hôpitaux de Paris**

**Bruno Roméo**, Hôpitaux de Paris, s'interroge à son tour : « *faut-il triper pour guérir ?* ».

Il constate que les psychédéliques fonctionnent sur plusieurs diagnostics, ce qui s'avère problématique. Par exemple, plusieurs études montrent les effets positifs de la psilocybine dans les troubles de l'usage de l'alcool et du tabac ou encore dans le traitement de la dépression et la diminution des symptômes anxieux chez des sujets en fin de vie. Ce constat interpelle dans le milieu médical, alors qu'il est inhabituel de trouver des substances qui fonctionnent pour tous types de maux. Or, les mêmes études ont fait le lien chez tous les patients entre l'intensité de l'expérience psychédélique lors de la prise et l'amélioration clinique. Ainsi, son service a décidé de mener une méta-analyse pour tenter d'expliquer le phénomène.

Cette méta-analyse inclut 34 études s'appuyant sur tous types de méthodologie et concluant à un lien entre l'intensité de l'expérience psychédélique et l'efficacité clinique. 60 % d'études étaient protocolisées, pour 40 % d'études dites « *naturalistiques* » portant sur des prises de substance en dehors de tout cadre. La majorité des études étaient prospectives, principalement dans les troubles de l'humeur et dans les addictions, tandis que la substance principalement consommée était la psilocybine. La compilation des données permet effectivement de constater un effet non négligeable de la psilocybine et des sujets qui rapportent en moyenne des expériences psychédéliques plus intenses que ceux qui ne répondent pas au traitement. Néanmoins, il a été possible de souligner un impact direct des designs de l'étude avec les résultats. Par exemple, le lien entre l'intensité d'expérience et l'efficacité clinique est plus important dans les designs prospectifs et dans les essais cliniques que dans les rétrospectifs et essais naturalistiques. Le lien est aussi plus important chez les patients ayant un trouble de l'humeur que chez les patients ayant un trouble lié à l'usage de substances. Enfin, les patients qui s'améliorent dans les dépressions ont une intensité plus importante que les autres.

Il est possible d'émettre plusieurs hypothèses, dont l'hypothèse sérotoninergique ; tous les psychédéliques classiques sont des agonistes des récepteurs 5-HT<sub>2A</sub>, ce qui explique une relation linéaire entre le taux d'occupation de ces récepteurs et l'intensité de l'expérience. De plus, la concentration plasmatique est directement en lien avec l'intensité. Avec la kétansérine, qui est un antagoniste des récepteurs 5-HT<sub>2A</sub>, il est possible de bloquer l'intensité de l'expérience. Ainsi, l'intensité de l'expérience psychédélique est médiée par l'agonie 5-HT<sub>2A</sub>. Si la question se pose de savoir si l'efficacité des psychédéliques est uniquement médiée par leur action sérotoninergique, aucune réponse ne peut être apportée pour l'être humain en l'état actuel des connaissances. En revanche, chez les animaux, les études montrent que même en bloquant l'intensité de l'expérience psychédélique, l'efficacité thérapeutique reste la même. Le lien direct entre intensité et efficacité peut alors être discutable, d'autant que les psychédéliques peuvent aussi avoir une action sur la plasticité cérébrale sans passer par le système sérotoninergique.

Par conséquent, une autre hypothèse probable serait de considérer l'intensité de l'expérience comme un proxy de l'impact des psychédéliques sur le système sérotoninergique. Mais si le psychédélique a une action très intense sur le système sérotoninergique, son action sera tout aussi intense sur toutes les autres voies et l'intensité de l'expérience ne pourrait plus être discutée comme une sensibilité générale du cerveau à la substance. Les analyses de sous-groupe, contrairement aux attendus, ont montré que les souvenirs des patients ou personnes qui consomment des psychédéliques ne sont pas plus intenses lorsqu'ils ont constaté des effets thérapeutiques. Il est alors supposé que le soutien psychothérapeutique associé à la prise de psychédéliques dans les études ainsi que la garantie d'un environnement sécurisant peuvent être des facteurs qui favorisent une meilleure réponse aux psychédéliques.

Concernant la différence de réponse entre les patients atteints de troubles addictifs et de troubles thymiques, il est plus difficile de dégager des hypothèses si ce n'est éventuellement sur le plan méthodologique. En outre, les études naturalistes étaient plus nombreuses dans le sous-groupe addictions ce qui pourrait expliquer cette différence. Sur le plan neurobiologique, il est également possible que les psychédéliques ne fonctionnent pas de la même manière pour tous les troubles ; l'implication du système sérotoninergique serait plus importante dans les troubles thymiques que dans ceux de l'addiction.

Pour conclure, il présente un exemple de protocole qui sera proposé au sein de l'hôpital Paul-Brousse chez les patients qui ont un trouble lié à l'usage de l'alcool résistant. Ces derniers se verront administrer 25 mg de psilocybine, de manière randomisée double aveugle. Un groupe prendra une dose répétée de psilocybine à 4 reprises et un autre groupe prendra une seule dose de psilocybine. L'objectif est de déterminer les dosages appropriés et le nombre optimal de prises pour éviter les rechutes. L'ambition est aussi d'évaluer la flexibilité psychologique comme moyen d'efficacité de ces psychédéliques. Il existe alors une relation entre intensité et efficacité, toutefois, les biais méthodologiques empêchent de prouver tout lien de causalité.

**Bertrand Leibovici** interroge Anne-Sophie Bazin au sujet des « *trances douces* ».

**Anne-Sophie Bazin** reconnaît que l'expression peut surprendre, alors que la transe est principalement perçue comme une pratique qui déloge brutalement les personnes de leur expérience habituelle. L'idée de transe douce est intéressante pour retranscrire l'expérience d'ouverture et de sécurisation qui est aussi possible.

**Bertrand Leibovici** observe que les psychédéliques pourraient permettre de lever la compulsion de répétition (*le Wiederholungszwang théorisé par S. Freud*) dont souffrent les patients dépressifs, addicts ou atteints de graves maladies. Parce que les routines s'installent facilement dans la vie, un certain nombre de cliniciens pensent par ailleurs qu'il est utile que les personnes âgées consomment des psychédéliques.

**David Reydellet** considère que chaque pratique recherche en effet à mettre fin à la compulsion de répétition, à différentes échelles. Pour reprendre l'exemple de l'entropie cérébrale, le « *chaos du cerveau* », cela permettrait de recréer des connexions à l'échelle neuronale. Du point de vue cognitivo-affectif, il peut s'agir de recréer des façons de se voir soi-même et, par conséquent, de changer des comportements répétitifs. De plus, il observe que les essais cliniques ont plutôt tendance à s'intéresser aux pathologies qui présentent une certaine rigidité psychologique.

**Bruno Roméo** ajoute qu'il est possible que les psychédéliques fonctionnent pour autant de maux, justement parce qu'ils ont un effet sur ce phénomène de répétition qui se retrouve dans la plupart des troubles.

#### ➤ **Questions du public**

**Un participant** questionne la pertinence d'élargir le cadre des études à l'efficacité des psychothérapies en général. La qualité de la relation thérapeutique étant particulièrement importante, il demande si une psychothérapie doit avoir été validée en amont d'une proposition par assistance de psychédéliques.

**Bruno Roméo** précise que la psychothérapie par assistance de psychédéliques est en réalité un accompagnement psychothérapeutique au cours d'une prise de psychédéliques. Il est alors difficile de parler de psychothérapie en soi. Le lien avec les thérapeutes présents reste, malgré tout, essentiel.

Puis, il souligne qu'il n'existe aucune standardisation des protocoles à ce stade, ce qui représente d'ailleurs un double enjeu important – à la fois méthodologique et financier.

Pour précision, il n'est pas question de substituer la prise de psychédéliques au suivi psychothérapeutique.

**Bertrand Lebeau-Leibovici -Leibovici** invite chacun à prendre connaissance de l'ouvrage de Dominique Nora sur les psychédéliques. Il s'agit d'une enquête menée aux États-Unis sur les syndromes post-traumatiques dont souffrent les vétérans de guerre.

**David Reydellet** fait ici le lien avec les essais cliniques de MAPS sur les psychédéliques qui répondent en effet au constat d'un plus grand nombre de vétérans de guerre qui se suicident aux États-Unis plutôt qu'ils meurent sur le champ de bataille. Ces essais ont permis de relancer la recherche, toutefois, ils posent aussi une question éthique dans la mesure où ils permettent de justifier le retour de ces vétérans sur le terrain après avoir reçu des soins.

**Une participante** souligne l'absence de toute restriction légale concernant l'utilisation des techniques psychocorporelles, ce qui devrait faire l'objet d'une première réflexion, et ce, avant même de parler de prescription de psychédéliques. Elle interroge Anne-Sophie Bazin sur les possibilités de mise en place de thérapies psychocorporelles au sein de diverses structures d'accueil, telles que les CAARUD.

**Maëla Le Brun** s'associe au propos, soulignant l'intérêt de transposer ces pratiques dans un environnement où les populations sont dans des situations plus précaires.

**Anne-Sophie Bazin** indique en effet que ces thérapies ne sont pas régulièrement proposées. L'hôpital Marmottan propose des thérapies psychocorporelles sur l'unité d'hospitalisation, qui est une unité de sevrage, par des pratiques de groupe multiples. Il peut s'agir de temps de relaxation, de méditation, de yoga-hypnose en fonction des besoins, mais aussi du shiatsu ou des massages. Dans la pratique ambulatoire, de plus en plus de professionnels portent cette question de la relation thérapeutique individuelle en priorisant la stabilisation du patient. Ce dernier doit avoir un sentiment de sécurité intérieure avant même de commencer le travail d'élaboration.

Une transposition dans les CAARUD serait en effet intéressante, cela impliquerait de se former aux psychos traumatiques et autre théorie polyvagale afin de déterminer comment s'adresser aux patients dans la rencontre.

**Georges Brousse** constate que la répétition est liée, dans l'addiction, à l'automatisation d'un processus. S'il ne croit pas que les psychédéliques aient un impact sur la répétition de la consommation et de l'automatisation de la prise, il est possible qu'ils modifient la perception métacognitive du *craving* et la capacité à le gérer. Au titre de clinicien, il se déclare perplexe quant à la catharsis qui transformerait l'individu et qui le soignerait. Selon lui, il est important de préciser que l'usage de psychédéliques et les thérapies psychocorporelles peuvent simplement modifier le rapport de l'individu à son trouble et non pas le trouble en lui-même.

**David Reydellet** rejoint le propos, en témoigne la multitude de pratiques existantes qui n'apportent pas de transformation. Le sujet est plutôt celui de l'intention, de réfléchir à ce qui convient aux patients à titre individuel, au contrôle du risque, sans chercher à standardiser des protocoles.

**Bruno Roméo** réaffirme que le propos n'est pas d'apporter une « *solution magique* ». Néanmoins, pour certaines pathologies extrêmement résistantes, il est important d'être en mesure de proposer des alternatives.

## DÉBAT – MÉDICAMENT : POISON, REMÈDE, DÉFONCE

### **Animateur discutant :**

- **Philippe Batel, Centre hospitalier Camille-Claudé, Angoulême**

**Philippe Batel**, Centre hospitalier Camille-Claudé, se réjouit de la perspective d'un réel débat sur le Pharmakon, sur le médicament comme « *poison, remède ou moyen de défonce* ». Une molécule, pourtant relativement stable et partant de l'objectif de soigner, peut en effet avoir des effets différents selon les populations. Il partage ici sa colère vis-à-vis de l'idée reçue selon laquelle derrière chaque addict, il faut absolument trouver un souffrant. Ce souffrant aurait alors cherché le remède à sa douleur en s'automédiquant et en utilisant les effets psychotropes d'un produit pour se soigner. Il évoque par ailleurs le diagramme de Venn, un outil qu'il estime faussé du fait que la plupart des drogues sont finalement dose-dépendantes.

Il déclare que, de son expérience personnelle, une grande partie des patients qu'il a pu rencontrer prennent des produits parce qu'ils en apprécient les bénéfices. Sur ce, il propose aux intervenants de se présenter avant d'ouvrir les débats.

### **Intervenant(e)s :**

- **Vincent Verroust, Société psychédélique française**
- **Elisabeth Avril, Gaïa, Paris**
- **Pr George Brousse, CHU de Clermont-Ferrand**
- **Aurélie Tinland, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille**
- **Romain Giraud, (ex)KEPS, Bus 31/32, Marseille**

**Vincent Verroust**, Société psychédélique française, partage notamment être l'auteur d'une thèse sur la découverte des champignons hallucinogènes du Mexique – soit un poison pour ceux qui les ingéreraient à leur insu – et sur l'introduction de la psilocybine en tant que médicament expérimental dans les années 1950 – soit comme remède. S'agissant de la dimension de « *défonce* », il retient de ses travaux l'idée qu'une expérience psychotrope nouvelle puisse être un moyen d'exploration intellectuelle et philosophique. Beaucoup d'autres termes pourraient être utilisés pour qualifier les psychotropes.

**Elisabeth Avril**, directrice de Gaïa, partage à son tour son expérience au sein de plusieurs associations et établissements de santé, toujours auprès de populations en situation de grande précarité et sévèrement dépendantes pour lesquels l'usage n'est pas lié à la recherche d'expérimentation ou de plaisir. Elle évoquera notamment son expérience des deux salles de consommation en France, soit 79 000 injections par an, ainsi que des CSAPA et CAARUD, qui sont des structures où des relations particulières se tissent entre les intervenants et les usagers. À l'intitulé du débat, elle répondra « *Médicament : Poison, Remède et Bouc émissaire ou Victime expiatoire* », des notions qui font davantage écho à sa propre expérience.

**Romain Giraud**, Bus 31/32, indique intervenir plutôt dans le cadre de l'accompagnement en addictologie et en réduction des risques sur la question du chemsex. Pour sa part, il juge que le diagramme de Venn doit être utilisé comme un outil pédagogique important, plutôt pour évoquer les effets des médicaments sur le corps que leurs effets psychotropes.

**Georges Brousse**, psychiatre et addictologue, se déclare en désaccord avec Philippe Batel. Par ailleurs, il recommande un ordre différent dans l'intitulé du débat, soit « *Médicament : Remède, Défonce, Poison* ». En outre, pour les prescripteurs, se posent les questions du soulagement vis-à-vis des

substances, des médicaments prescrits, de la relation du médicament entre un individu - et non une victime expiatoire -, un produit et une personne qui a la connaissance dudit produit.

**Aurélie Tinland**, Hôpital de Marseille, exposera 3 points de vue ; celui des équipes de rue qui travaillent auprès de personnes qui vivent en grande précarité, celui d'un essai clinique sur les psychédéliques et, enfin, celui des usagers. Ce dernier retour d'expérience est issu d'un dispositif de formation créé au sein de l'hôpital de Marseille, mené par les personnes concernées. En 15 ans d'expérience, elle a pu voir certains médicaments être classés comme des médicaments avant d'être progressivement considérés comme des poisons ou, au contraire, passer du statut de drogue à celui de substance au potentiel thérapeutique à la limite de la magie. Du point de vue des usagers, elle a également été témoin de la prise de conscience des effets négatifs des traitements qui a conduit à la nécessité de la dé-prescription.

En tant qu'intervenante dans l'équipe de rue, elle estime pour sa part que l'idée d'automédication s'impose. Avec la prégabaline notamment, les personnes recherchent une réponse immédiate à leur souffrance qui n'a pas de rapport avec la défonce ou l'usage plaisir. Bien souvent, les sujets qui vivent dans la rue souffrent de douleurs chroniques et sont confrontés à la méfiance des médecins pour obtenir une prescription d'antidouleurs. Si les trafics se mettent en place en parallèle, c'est bien qu'il existe un besoin alimenté par une douleur physique, psychique et sociale.

**Elisabeth Avril** indique que, jusqu'à l'arrivée massive de la cocaïne, les usagers des salles de consommation venaient « *pour se soigner* », pour calmer leur manque et se sentir mieux avant de reprendre leur vie de tous les jours. Dans ces circonstances, les injections de sulfate de morphine sont bien un remède, plutôt qu'un poison ou un moyen de défonce. Cette logique explique que les salles ne sont que rarement des lieux de surdoses.

**Philippe Batel** rebondit sur le propos de Romain Giraud, observant que le GHB représente typiquement un produit « *remède* ». Une étude multicentrique doit d'ailleurs démarrer prochainement et testera le GHB dans le contexte d'usage d'alcool. Pour reprendre le sujet du diagramme de Venn, il réitère sa position et souligne son caractère bidimensionnel, entre excitateur et dépressogène, qui est erroné. De nombreuses autres dimensions existent.

En tant que clinicien, il s'étonne toujours de voir des patients introduire le mot de « *poison* » une fois qu'ils sont dans un rétablissement militant, alors qu'ils évoquaient auparavant un produit de défonce, sinon plaisant.

Il interpelle les intervenants : « *existe-t-il des bonnes et de mauvaises défonces ?* ».

**Romain Giraud** s'exprime sensible au terme de « *défonce* ». Il estime important de distinguer une addiction d'une dépendance dans le cadre d'une conduite addictive afin de comprendre pour quelles raisons une substance sera consommée. Les personnes en situations de dépendance, comme cela a été évoqué par Elisabeth Avril, cherchent à ne pas être en manque. Les addictions sont davantage de l'ordre comportemental, avec cette notion de répétition mentionnée lors des rencontres.

Concernant le Pharmakon, il ne perçoit pas cette notion comme le remède qui deviendrait le poison, mais plutôt comme une substance à la fois remède et poison. Par ailleurs, pour reprendre la notion de « *Bouc émissaire* », Jacques Derrida en avait aussi fait quelque chose de magique.

**Georges Brousse** ajoute que Jacques Derrida insistait sur la nécessité d'une médiation par celui qui a accès à la connaissance. Au fond, le remède est alors peut-être à la fois l'accès à une connaissance *via* un médiateur, tandis que la défonce a une dimension purement solitaire, qui n'est liée qu'à soi.

**Elisabeth Avril** partage ici l'impact négatif qu'a eu la fermeture des espaces d'inhalation dans les salles de consommation. Au Danemark, ces espaces permettent de structurer la consommation de crack, de limiter les violences dans les lieux de relégation et d'avoir des résultats plutôt positifs sur les usages. En outre, lorsque les sujets ont la possibilité de s'installer dans un lieu qui favorise le lien social, ils ont tendance à moins consommer ou à consommer différemment. Il s'agit de poser un cadre.

**Romain Giraud** tient à nuancer le propos de Georges Brousse concernant la défonce qui serait un acte solitaire. En effet, des pratiques telles que le chemsex peuvent provoquer des situations dans lesquelles se rencontrent des profils d'utilisateurs que tout opposerait dans la vie réelle.

**Georges Brousse** remarque qu'il existe en effet des pratiques qui permettent de remettre de l'altérité dans la défonce, à l'image également de ce qu'expliquait Elisabeth Avril sur le lien social dans les salles de consommation.

**Philippe Batel** ajoute que les questions de la temporalité et des effets d'attente se posent également, en ce qu'elles modifient les comportements et tolérances cérébrales des usagers. Ces effets d'attente façonnent l'engagement dans la consommation et peuvent finir par créer, à terme, de l'isolement, y compris dans des pratiques comme le chemsex.

**Georges Brousse** rejoint le propos, ayant régulièrement constaté une forme d'épuisement chez certains patients. Certains sont simplement mieux accompagnés que d'autres dans leur consommation.

**Elisabeth Avril** indique avoir effectivement reçu des consommateurs, en particulier de cocaïne, issus de milieux favorisés et ne souffrant pas de problèmes familiaux, financiers ou avec la justice. Ces derniers se rendaient à l'hôpital simplement pour se soigner suite à des complications de santé. Toutefois, la cocaïne injectée est passée de 1 % à 26 % dans les salles de consommation, entraînant également un changement d'atmosphère. Il s'agit alors d'un poison. Ces populations ont un capital veineux particulièrement entamé, souffrent de problèmes chroniques et sont sujettes à des crises d'épilepsie. Plusieurs grands schizophrènes sont également présents. Les équipes tâchent de les accompagner dans leurs modes de consommation pour revenir plutôt du côté « défonce ». L'alliance thérapeutique avec le patient est ici essentielle.

**Vincent Verroust** observe que les patients sont le reflet des changements rapides des modes de consommation et placent bien souvent les professionnels face à leurs limites. La question se pose de mettre en place des stratégies de prévention efficace, d'où l'importance des dispositifs TREND ou OFDT pour aider les professionnels à identifier ces évolutions.

**Romain Giraud** réagit aux propos d'Elisabeth sur le changement d'atmosphère dans les salles de consommation, en lien avec les changements de produits. Cela soulève la question de l'influence de la psychopharmacologie sur le comportement et pousse à se demander quels sont les psychotropes socialement acceptés et leurs effets.

Au sujet des limites auxquelles les professionnels sont confrontés, **Elisabeth Avril** souligne les difficultés pour les personnes qui travaillent sur le terrain à faire remonter leurs observations et à être entendus.

**Georges Brousse** invite à ne pas oublier les médicaments dont les patients sont très dépendants. S'agissant des substances socialement acceptées, il propose d'inverser le paradigme en considérant que les substances s'adaptent aux besoins des sociétés. Dans les années 1970, les consommations étaient davantage ouvertes aux produits apaisants, tandis que les psychostimulants explosent aujourd'hui dans une société qui exige une accélération des rapports aux autres.

**Aurélie Tinland** appuie la position d'Elisabeth Avril sur le décalage entre le discours tenu aux usagers et le niveau de réponse publique. Malgré tout, les représentations sociales bougent et certains sujets autrefois tabous peuvent désormais être ouverts, tel que par exemple les mésusages de benzodiazépines. Ces évolutions sont les signes du développement au sein de la société d'une meilleure conscience des effets secondaires des traitements.

**Philippe Batel** ajoute qu'à l'époque, l'une des critiques des TSO était en effet d'accuser les prescripteurs d'être des dealers.

**Romain Giraud** rapporte les pratiques d'un psychiatre addictologue en CSAPA, qui préfère surmédicamenter les adultes TDAH qui présentent des troubles de l'usage plutôt que de prendre le risque qu'ils se tournent vers des drogues illégales sur le marché noir. Dans cette situation, le prescripteur devient véritablement le dealer, cependant il parvient à une alliance thérapeutique avec ses patients et participe ainsi à une réduction des risques dans le cadre d'une consultation addictologique.

**Vincent Verroust** rappelle qu'historiquement, la France a été marquée par la crise des opiacés qui a constitué un tournant pour les traitements de substitution.

**Un intervenant** informe les participants que les formations menées en Suisse et en Allemagne incluent l'administration à but pédagogique de kétamine aux médecins, afin que ces derniers comprennent mieux les effets de montée, de plateau et de descente dans la consommation.

À ce sujet, **Philippe Batel** indique que le risque relatif de développer un trouble de l'usage, en particulier des opiacés, est 9 fois supérieur chez les médecins réanimateurs qu'en population générale. Cette statistique est particulièrement intéressante s'agissant d'un exemple parlant de remède-poison.

**Georges Brousse** évoque les débats récents sur la fin de vie, qui ramènent à la question de la liberté individuelle et, au fond, à la consommation des drogues. En tant que praticien, il est ainsi relativement favorable à une décriminalisation de l'usage des substances. Or, pour ce faire, il est nécessaire d'assurer une augmentation et une amélioration du niveau de connaissance des individus.

**Elisabeth Avril** précise qu'il est alors important de distinguer la décriminalisation de la dépénalisation. Quoi qu'il en soit, l'effort de pédagogie est nécessaire.

## CLÔTURE

### ➤ **Nicolas Bonnet, RESPADD**

**Nicolas Bonnet** remercie de nouveau les participants et acteurs de l'organisation pour ces rencontres du RESPADD. Les différentes interventions permettent en effet de continuer d'évoluer dans le bon sens, afin que les patients et consommateurs puissent vivre dans les meilleures conditions possibles. Il remercie tout particulièrement Nathalie Richard et Philippe Batel, de même que l'équipe du Hall 32 et la ville de Clermont-Ferrand pour leurs investissements dans la réalisation de l'évènement.

Il donne rendez-vous aux participants lors du Congrès de l'ALBATROS, qui se déroulera du 09 au 11 juin, ainsi qu'en juin 2026 pour les 30 ans des Rencontres du RESPADD.