

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Pharmacie

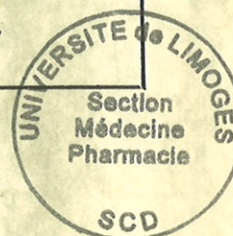
ANNEE 1996



THESE N° 3611

**TOXICOMANIE
ET PHARMACIENS D'OFFICINE
EN 1995**

*Enquête réalisée auprès des pharmaciens
du Limousin dans le cadre de l'O.R.S.*



THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 1996

par

Catherine LEYLAVERGNE

née le 25 Janvier 1971 à Bourgneuf (Creuse)

EXAMINATEURS de la THESE

M. le Professeur HABRIOUX G.	PRESIDENT
M. OCHOA A., Médecin et Directeur de l'O.R.S.	DIRECTEUR
M ^{me} CHABERNAUD-LEFLON, Pharmacien Inspecteur Régional	JUGE
M ^{me} LARTIGUE, Maître de Conférences	JUGE
M. PARVEAU, Président de l'Ordre Régional des Pharmaciens	JUGE

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur GHESTEM Axel

ASSESEURS : Monsieur le Professeur HABRIOUX Gérard
Monsieur DREYFUSS Gilles, Maître de Conférences

PROFESSEURS :

BENEYTOUT Jean-Louis	BIOCHIMIE
BERNARD Michel	PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE
BOSGIRAUD Claudine	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PARASITOLOGIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE CHIMIE THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
CHULIA Albert	PHARMACOGNOSIE
CHULIA Dominique	PHARMACOTECHNIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
GHESTEM Axel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
HABRIOUX Gérard	BIOCHIMIE FONDAMENTALE
LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE
OUDART Nicole	PHARMACODYNAMIE
RABY Claude	PHARMACIE CHIMIQUE ET CHIMIE ORGANIQUE

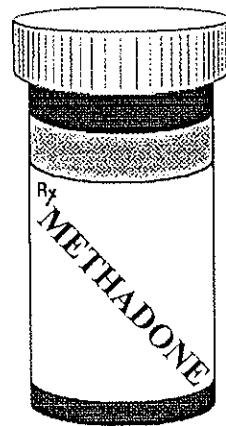
SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

CLIN D'OEIL

CLIN D'OEIL

*Si t'aimes Gésic, t'es le bienvenu parmi nous...
Si t'aimes pas Gésic, c'est pas grave
On va s'arranger,
Mets ta donne.*



REMERCIEMENTS

A Monsieur HABRIOUX

Professeur des Universités de Biochimie

qui m'a fait l'honneur de présider le jury de cette thèse

Monsieur,

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect ainsi que ma sincère reconnaissance pour la richesse de votre enseignement prodigué lors de mes études de pharmacie.

A Monsieur OCHOA

Médecin et Directeur de l'O.R.S.

*pour m'avoir permis de participer à cette étude dans le cadre de
l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin et m'avoir
largement aidée dans la réalisation de cette thèse.*

Monsieur,

Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

A Madame CHABERNAUD-LEFLON

Pharmacien Inspecteur Régional

pour votre disponibilité et votre aide précieuse en matière de législation.

Madame,

Je tiens à vous témoigner ma profonde reconnaissance.

A Madame LARTIGUE

Maître de Conférence des Laboratoires de Pharmacodynamie

pour avoir accepté avec spontanéité de participer au jury de cette thèse et pour la qualité de son enseignement.

Madame,

Veillez trouver ici la marque de mes sincères remerciements.

A Monsieur PARVEAUPharmacien,
Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

pour l'honneur qu'il me fait de juger cette thèse.

Monsieur,

Soyez en sincèrement remercié.

A toute l'équipe de l'O.R.S. du Limousin

pour leur accueil très sympathique, leur dévouement et tout particulièrement à :

Madame SAGNES-RAFFY Christine, Interne de Santé Publique, pour m'avoir largement aidée dans l'élaboration du questionnaire.

Mademoiselle ROCHE Béatrice, Secrétaire à l'O.R.S., pour son remarquable travail de secrétariat.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail

A mes parents,

*Qui m'ont permis, par leurs sacrifices quotidiens,
de réussir ces études et m'ont toujours soutenue
lors des moments difficiles.*

*Je leur dédie cette thèse en témoignage de ma
profonde reconnaissance et de toute mon affection.*

A mes grands-parents,

*Qu'ils trouvent dans ce travail le témoignage de
mes sentiments les plus tendres.*

A mes soeurs, Maryse et Hélène,

*Pour leur compréhension et leur soutien au cours
de mes études.*

*Que cette thèse soit le témoignage de ma profonde
affection.*

A Xavier,**A ma famille,****A mes amis.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE I

TOXICOMANIE ET LEGISLATION

A - BILAN DE LA TOXICOMANIE

I - DIFFERENTES SOURCES D'INFORMATIONS

- 1) Le dispositif sanitaire et social
- 2) Le système répressif
- 3) Les décès et l'infection par le V.I.H.
- 4) En "population générale"

II - INDICATEURS ET TENDANCES DES TOXICOMANIES

- 1) La situation en France
 - 1.1 - Caractéristiques socio-démographiques des toxicomanes
 - 1.2 - Produits consommés
 - 1.3 - Etat de santé des toxicomanes
- 2) La situation en Limousin
 - 2.1 - Les toxicomanes limousins et le système sanitaire et social
 - 2.2 - Les toxicomanes limousins et les interpellations
 - 2.3 - Caractéristiques socio-démographiques
 - 2.4 - Produits consommés
 - 2.5 - Toxicomanie et morbidité

B - LEGISLATION EN MATIERE DE TOXICOMANIE

I - ETUDE COMPARATIVE DES LEGISLATIONS DANS L'UNION EUROPEENNE

- 1) Similitude entre les législations européennes
 - 1.1 - Convention de 1961
 - 1.2 - Convention de 1971
 - 1.3 - Convention de 1988
 - 1.4 - Etat des ratifications des différentes conventions
- 2) Différences entre les législations européennes
 - 2.1 - En matière de classement des stupéfiants
 - 2.2 - En matière d'usage de stupéfiants
 - 2.3 - En matière de possession de stupéfiants en vue de l'usage
 - 2.4 - En matière d'articulation légale : soins / répression
 - 2.5 - Tableau récapitulatif
- 3) Conclusion

II - EVOLUTION DE LA LEGISLATION FRANÇAISE DEPUIS 1970

1) Avant 1988

- 1.1 - Loi de 1970 : Loi Mazeaud
 - a) *Mesures de répression du trafic*
 - b) *Mesures de répression de l'usage*
 - c) *Mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie :
injonction thérapeutique*
- 1.2 - Mesures complétant la loi Mazeaud
 - a) *Circulaires*
 - b) *Textes de loi*
- 1.3 - Mesures réglementaires pour la restriction au commerce
 - a) *Substances vénéneuses*
 - b) *Les seringues*
- 1.4 - Les accords de Schengen de 1985

2) Après 1988 : Temps du Sida

- 2.1 - Mesures relatives au trafic de stupéfiants
 - a) *Textes de loi*
 - b) *Disposition du nouveau code pénal*
- 2.2 - Mesures générales de lutte contre la toxicomanie
 - a) *Circulaire du 15 février 1993*
 - b) *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie
du 21 septembre 1993*
- 2.3 - Mesures de prévention des risques infectieux
 - a) *Libéralisation de la vente de seringues*
 - b) *Diversification des modes d'accès aux soins*
- 2.4 - Mesures relatives aux traitements de substitution
 - a) *La méthadone*
 - b) *La buprénorphine*
 - c) *Autres produits de substitution*

III - LEGISLATION DES MEDICAMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE DETOURNES

1) Dispositions communes

- 1.1 - Classement
- 1.2 - Détention
- 1.3 - Mentions de l'ordonnance
- 1.4 - Délivrance
- 1.5 - Enregistrement
- 1.6 - Renouvellement

2) Dispositions particulières

- 2.1 - Les opiacés
 - a) *Classés en liste I ou II*
 - b) *En vente libre*
 - c) *Classés sur la liste des stupéfiants*
 - d) *Cas particulier du TEMGESIC®*

- 2.2 - Les psychotropes
 - a) *Quelques spécialités*
 - b) *Durée de prescription*
 - c) *Nouvelle mesure pour le ROHYPNOL® 2 mg*
 - d) *Cas du SUVECTOR®*
- 2.3 - Autres substances
 - a) *Les solvants*
 - b) *Cas particulier : RESPILENE®*

CHAPITRE II

ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE DU LIMOUSIN

INTRODUCTION

A - PRESENTATION DE L'ENQUETE

I - METHODOLOGIE

- 1) Objectifs
- 2) Protocole
 - 2.1 - Constitution d'un comité de pilotage
 - 2.2 - Elaboration d'une base de sondage
 - 2.3 - Le questionnaire
 - 2.4 - Information et sensibilisation des pharmaciens
 - 2.5 - Test du questionnaire
 - 2.6 - Enquête par voie postale
- 3) Calendrier
- 4) Saisie des résultats

II - DIFFICULTES RENCONTREES

B - RESULTATS DE L'ENQUÊTE

I - GENERALITES

II - CARACTERISTIQUES DES PHARMACIES ETUDIEES

- 1) Lieu d'exercice
 - 1.1 - Département
 - 1.2 - Type de commune
 - 1.3 - Quartier
- 2) Pharmaciens

III - GRILLE D'OBSERVATIONS

- 1) Toxicomane

2) Produits délivrés

- 2.1 - Seringues
- 2.2 - Stéribox
- 2.3 - Préservatifs

3) Médicaments demandés et délivrés

- 3.1 - Médicaments en vente libre
- 3.2 - Médicaments sur ordonnance
- 3.3 - Médicaments sur carnet à souches
- 3.4 - Médicaments demandés un jour de garde
- 3.5 - Bilan

4) Relation pharmacien-toxicomane

- 4.1 - Demande de conseils
- 4.2 - Aide proposée
- 4.3 - Dialogue
- 4.4 - Bilan

IV - VOILET QUANTITATIF**1) Validité de la semaine enquêtée****2) Seringues**

- 2.1 - Prix de vente
- 2.2 - Déconditionnement pour la vente

3) Stéribox

- 3.1 - Prix de vente
- 3.2 - Stock

4) Médicaments détournés de leur usage**5) Falsification d'ordonnances ou de bon de toxique****V - VOILET QUALITATIF****1) Perception du sujet toxicomane par le pharmacien**

- 1.1 - Critères d'identification
- 1.2 - Le toxicomane est-il malade, victime, marginal ou responsable ?

2) Seringues et stéribox

- 2.1 - Décret de 1989 et son retentissement
- 2.2 - Gestion de l'interdiction de vente aux mineurs
- 2.3 - Stéribox : sa conception
- 2.4 - Seringues ou stéribox ?

3) Pharmaciens et prévention du Sida**4) Attitude du pharmacien face à la toxicomanie**

- 4.1 - Attitude face à un client suspecté "toxicomane"
- 4.2 - Attitude face à une demande de médicaments toxicomanogènes

5) Sécurité et insécurité vis-à-vis de la toxicomanie**6) Pharmaciens et centres de prise en charge des toxicomanes**

7) Formation et implication du pharmacien vis-à-vis de la toxicomanie

- 7.1 - Formation du pharmacien
- 7.2 - Implication du pharmacien

8) Traitement de substitution

- 8.1 - La méthadone et sa délivrance
- 8.2 - Les problèmes soulevés face à cette délivrance

C - DISCUSSION

I - LA METHODOLOGIE

- 1) Choix du questionnaire
- 2) Envoi du questionnaire aux pharmaciens
- 3) Choix de la période enquêtée
- 4) Choix de l'exhaustivité
- 5) Choix de l'anonymat
- 6) Test du questionnaire
- 7) Choix d'une date butoir

II - LE QUESTIONNAIRE

III - LES RESULTATS

CONCLUSION

CHAPITRE III

RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

A - LE PHARMACIEN FACE AUX DEMANDES DE MEDICAMENTS

I - MEDICAMENTS EN VENTE LIBRE

II - MEDICAMENTS INSCRITS SUR LA LISTE DES SUBSTANCES VENENEUSES OU STUPEFIANTES

B - LE PHARMACIEN FACE AUX DEMANDES DE SERINGUES

C - LE PHARMACIEN FACE AUX DEMANDES DE STERIBOX

D - LE PHARMACIEN ET LE DIALOGUE

E - LE PHARMACIEN FACE A LA SUBSTITUTION

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

ABBREVIATIONS

A.M.M. :	Autorisation de Mise sur le Marché
B.E.H. :	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
B.H.D. :	Buprénorphine Haut Dosage (ou SUBUTEX [®])
BZD :	Benzodiazépine
C.H. :	Centre Hospitalier
C.P.A.M. :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.S.P. :	Code de la Santé Publique
C.S.S.T. :	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
D.D.A.S.S. :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.G.L.D.T. :	Direction Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
D.G.S. :	Direction Générale de la Santé
D.R.A.S.S. :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
I.M.A.O. :	Inhibiteur de la Mono-Amine-Oxydase
I.N.S.E.R.M. :	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
I.R.E.P. :	Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance
J.O. :	Journal Officiel
N.C.P. :	Nouveau Code Pénal
O.C.R.T.I.S. :	Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants
O.E.D.T. :	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
O.F.D.T. :	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
O.R.S. :	Observatoire Régional de la Santé
R.N.S.P. :	Réseau National de Santé Publique
S.E.S.I. :	Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information
V.I.H. :	Virus de l'Immunodéficience Humaine (Virus du Sida)

INTRODUCTION

La toxicomanie n'est pas un fait nouveau : elle existe depuis des millénaires.

Pendant longtemps, les prises de toxiques étaient incorporées aux rituels des sociétés et constituaient de véritables toxicomanies de peuples. Celles-ci n'avaient alors pas le caractère qu'ont les toxicomanies modernes, depuis 30 ans.

En effet, depuis le début des années 70, on observe incontestablement une très nette augmentation de la toxicomanie en France avec une estimation du nombre de toxicomanes s'élevant à 150 000, au minimum, en 1990.

Leur répartition d'une région à l'autre reste toutefois très variable. Le phénomène de la drogue en Limousin n'est certes pas comparable dans son ampleur à celui des régions françaises à forte densité de population (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur). Il reste néanmoins présent et préoccupant d'autant plus que l'épidémie du Sida n'a pas épargné les toxicomanes limousins. Face à l'issue fatale que laisse le Sida, une politique du "moindre mal" [49] a vu le jour de façon à limiter le nombre croissant de décès parmi ces sujets. Ainsi, la législation relative aux stupéfiants, aux produits susceptibles d'être détournés de leur usage et au matériel destiné aux injections parentérales s'est adaptée à cette évolution et a placé le pharmacien au premier rang du problème. Ce dernier se retrouve donc seul face à une population qu'il ne souhaiterait pas toujours voir dans son officine.

Devant cette évolution, il nous a paru intéressant dans un premier temps, de situer la toxicomanie dans son contexte législatif (aussi bien français qu'européen) puis d'étudier par le biais d'une enquête auprès des pharmaciens du Limousin, d'une part les comportements des toxicomanes et d'autre part de recueillir l'avis des pharmaciens sur le problème de la toxicomanie à l'officine.

Cette enquête aura pour but d'enrichir la connaissance épidémiologique de ce fléau en Limousin et de compléter 3 études déjà réalisées par l'O.R.S. du Limousin à ce sujet. [5] [6] [20]

Enfin, l'ensemble de cette étude aura pour corollaire d'amener le lecteur à une réflexion sur le rôle du pharmacien d'officine dans la lutte contre la toxicomanie.

CHAPITRE I

TOXICOMANIE ET LEGISLATION

A - BILAN DE LA TOXICOMANIE

La connaissance épidémiologique de la toxicomanie en France reste très imparfaite. Cette constatation peut paraître surprenante compte tenu de la grande sensibilité de l'opinion publique à ce sujet et de l'importance que les médias et les responsables politiques lui accordent.

Il semblerait que le caractère clandestin et illégal de l'usage de drogues soit responsable en partie de cette difficulté à repérer et à décrire le phénomène.

Toutefois, de nombreuses données sont disponibles. Elles proviennent essentiellement d'institutions spécialisées. Les données recueillies ne seront donc que partielles (reflétant une partie du phénomène) et ambivalentes (dépendant des actions que les institutions mènent à l'encontre de ce phénomène). [8]

I) DIFFERENTES SOURCES D'INFORMATION

Les données disponibles pour le suivi de la toxicomanie proviennent essentiellement de quatre sources.

1/ LE DISPOSITIF SANITAIRE ET SOCIAL

Chaque année (au mois de Novembre), une étude transversale est réalisée par le service de statistiques du Ministère de la Santé -S.E.S.I.⁽¹⁾- et par les D.R.A.S.S.⁽²⁾ Ces enquêtes permettent d'étudier les recours des toxicomanes aux services sanitaires et sociaux, spécialisés ou non. [25]

Les établissements sanitaires sont les hôpitaux, éventuellement spécialisés en psychiatrie qui accueillent des toxicomanes soit au titre de leur toxicomanie, soit pour une pathologie directement ou indirectement liée à la toxicomanie.

Les établissements sociaux s'occupent de la prévention, de l'orientation ou de l'hébergement des toxicomanes. Il s'agit des centres d'hébergement et de réadaptation sociale non spécialisés, des clubs et équipes de prévention spécialisés.

L'information recueillie par le biais de ces enquêtes exclut donc tout toxicomane⁽³⁾ suivi par un médecin libéral ou tout toxicomane marginalisé n'ayant aucun contact avec les structures de soins. Il n'est donc pas possible de préjuger du nombre effectif de toxicomanes.

(1) Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information

(2) Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

(3) Définition du toxicomane recueillie pour ces enquêtes :

"Toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois". (Tout usage occasionnel et ponctuel est exclu du champ de l'enquête).

2/ LE SYSTEME REPRESSIF

L'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (O.C.R.T.I.S.) recueille, quant à lui, des informations concernant les infractions à la législation sur les stupéfiants, constatées sur le territoire national par les différents services répressifs. Les données sont fournies par l'ensemble des services de Police Nationale, de Gendarmerie Nationale et des Douanes.

Toute personne trouvée en possession de drogues illicites sera donc comptabilisée : il pourra ainsi s'agir aussi bien de trafiquants que de simples consommateurs. Toutefois, l'O.C.R.T.I.S. ne reçoit pas de façon exhaustive l'ensemble des informations, spécialement en ce qui concerne les faits les moins graves d'usage de stupéfiants. [46]

Il est à noter que les doubles comptes peuvent être nombreux car il s'agit d'interpellations et non de personnes interpellées.

L'O.C.R.T.I.S. recueille aussi des données sur les décès suspectés d'être liés aux overdoses. Toutefois, ces statistiques restent incomplètes car elles ne tiennent pas compte entre autre des suicides. [25]

3/ LES DECES ET L'INFECTION PAR LE V.I.H.

L'I.N.S.E.R.M.⁽¹⁾ fournit des statistiques, par sexe et par âge, sur les décès liés à l'usage abusif de drogues illicites ; ceci quel que soit le produit. Ces statistiques sont établies à partir de déclaration obligatoire des médecins.

Il est probable que tous les décès consécutifs à une overdose ne soient pas déclarés comme tels. De même, si une procédure médico-légale est entamée, l'I.N.S.E.R.M. est rarement informé de la cause du décès.

Le R.N.S.P.⁽²⁾ utilise les déclarations obligatoires des cas de Sida pour évaluer le pourcentage de sidéens dont la contamination est liée à des injections intraveineuses. [25]

4/ EN "POPULATION GENERALE"

A l'heure actuelle, la France ne dispose pas réellement de système d'information globale du phénomène, à savoir des enquêtes en population générale. [8]

(1) Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

(2) Réseau National de Santé Publique

Toutefois, le service de santé des armées effectue une enquête dans les centres de sélection précédant le service militaire dans le but de repérer les "conduites toxicophiles".

L'échantillon sélectionné concerne une population masculine d'une classe d'âge déterminée ; l'inconvénient de cette source est qu'elle ne touche pas de façon exhaustive la population dans son ensemble. [25]

L'interprétation des statistiques issues de ces différentes enquêtes doit donc être faite avec prudence. L'exemple suivant le confirme : le cannabis est le principal produit retrouvé lors des interpellations en 1993 (dans les 2/3 des cas d'après l'O.C.R.T.I.S.) alors qu'il ne représente qu'environ 20 % des recours dénombrés par le SESI à la même date... (Voir graphiques pages 25 et 26).

Afin d'améliorer cette situation, l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (O.F.D.T.) a été récemment créé (1993). Deux de ses missions sont de rechercher les définitions communes aux différents termes liés à la toxicomanie et d'harmoniser les données des nombreuses sources. Il semblerait malgré tout que seules des enquêtes en population générale, comme celles réalisées aux Etats-Unis, soient à même de révéler le phénomène "drogue" avec le plus de précision. [25]

II) INDICATEURS ET TENDANCES DES TOXICOMANIES

Bien que l'ensemble des statistiques recueillies ne permettent qu'une estimation indirecte et partielle de l'ensemble des toxicomanes, elles offrent toutefois un ordre d'idée de l'ampleur du phénomène et permettent de dégager les tendances et les modifications du comportement à l'égard des drogues.

1/ LA SITUATION EN FRANCE

1.1 - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES TOXICOMANES

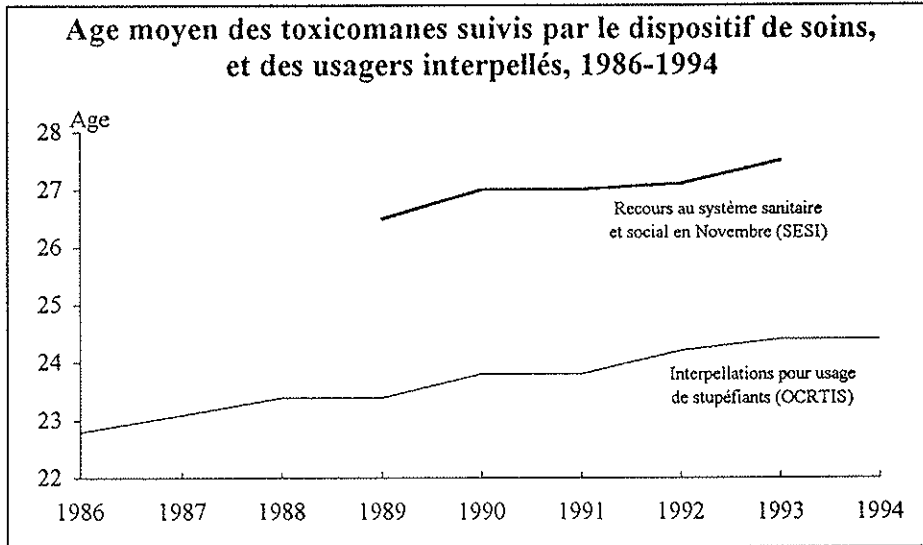
a) Sexe

La population toxicomane recensée par différentes sources est essentiellement masculine (de 70 à 90 % selon les sources). C'est dans le domaine répressif que le déséquilibre est le plus net : 90 % des usagers interpellés, condamnés ou incarcérés sont de sexe masculin.

Dans le secteur sanitaire et social, 75 % des toxicomanes sont des hommes. [8]

b) Age

La toxicomanie semble être liée à l'âge. Elle touche essentiellement les personnes entre 15 et 35 ans pour devenir rare après 40 ans. On observe depuis plusieurs années, un vieillissement de la population des usagers de drogue (élément vérifié par les différentes enquêtes).

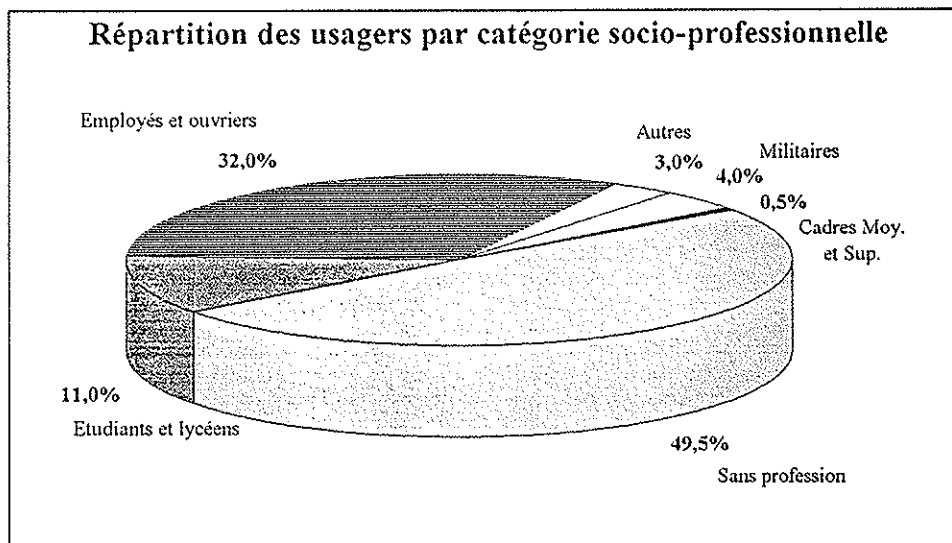


Source : O.C.R.T.I.S., S.E.S.I.

L'âge varie selon le produit principalement utilisé. Ainsi, les consommateurs de cannabis ont en moyenne 23 à 24 ans alors que l'âge moyen des héroïnomanes se situe entre 27 et 28 ans. [8]

c) Catégorie socio-professionnelle

On note un fort pourcentage d'usagers parmi les personnes sans profession définie (environ 50 %). Cette tendance se confirme au fil des années. [46]



Source : O.C.R.T.I.S. - 1991

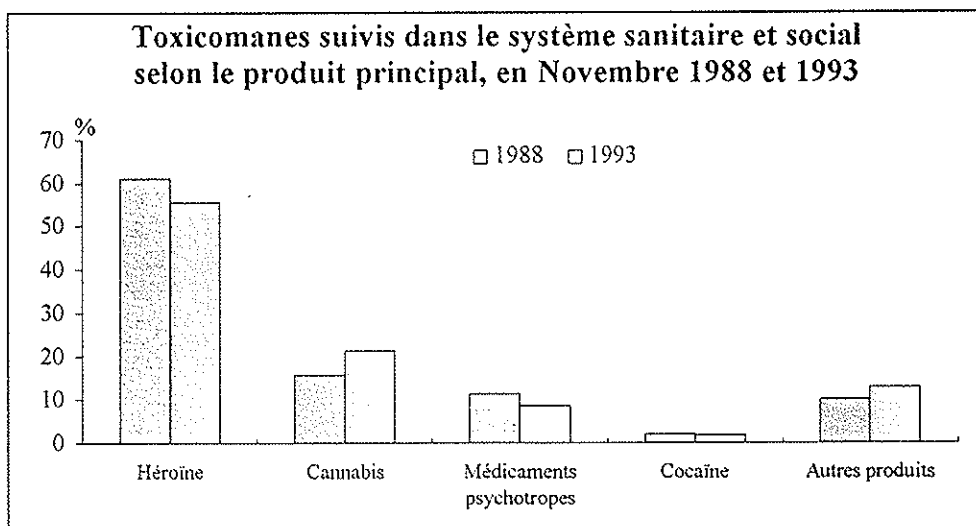
1.2 - PRODUITS CONSOMMÉS

✓ Les usagers de drogue ont recours à de nombreux produits licites ou illicites. Les principaux utilisés sont les suivants :

- Héroïne
- Autres opiacés (codéine et dérivés, opium, morphine...)
- Cannabis et dérivés
- LSD⁽¹⁾
- Psychotropes dont : les amphétamines, antidépresseurs, barbituriques, anxiolytiques
- Cocaïne
- Crack⁽²⁾
- Colles et solvants dont : le trichloréthylène, l'éther, le toluène
- TEMGESIC[®] : buprénorphine
- Autres médicaments ou substances
- Alcool

✓ Selon la source d'information utilisée, les chiffres sont quelquefois très différents en matière de produits consommés.

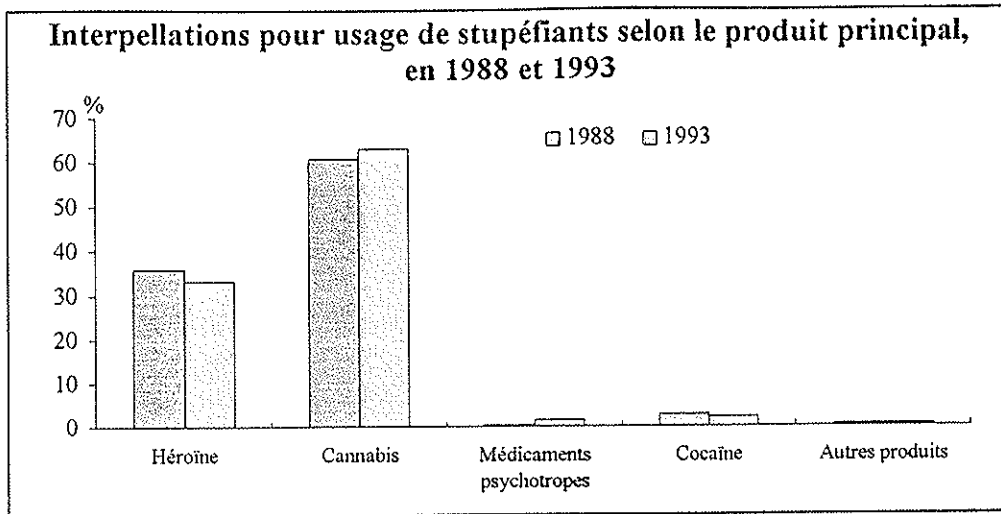
Les usagers de cannabis font l'objet de plus de la moitié des interpellations pour usage illicite (source O.C.R.T.I.S.) alors que ce sont les héroïnomanes qui ont le plus recours aux dispositifs de soins (source S.E.S.I.) dans le secteur sanitaire, notamment (centres spécialisés et hôpitaux).



Source : O.F.D.T., D.G.L.D.T. : Indicateurs et tendances, éd. 1995

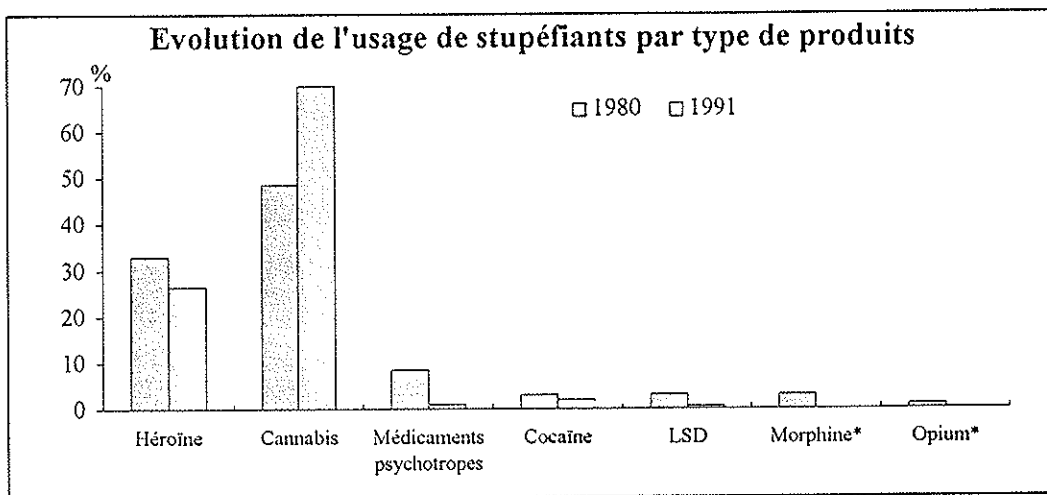
(1) Le LSD ou acide lysergique est un hallucinogène dérivé de l'ergot de seigle.

(2) Le crack est de la cocaïne pratiquement pure fondant vers 100° C, se vaporisant à température plus élevée, ce qui permet de la fumer dans une pipe. On l'appelle "crack" en raison du bruit que font les cristaux sous l'effet de la chaleur.



Source : O.F.D.T., D.G.L.D.T. : Indicateurs et tendances, éd. 1995

✓ De 1980 à 1991, on peut discerner une évolution de l'usage des stupéfiants. Le cannabis notamment voit sa consommation nettement augmenter en 10 ans. [15]



Source : O.C.R.T.I.S. 1991

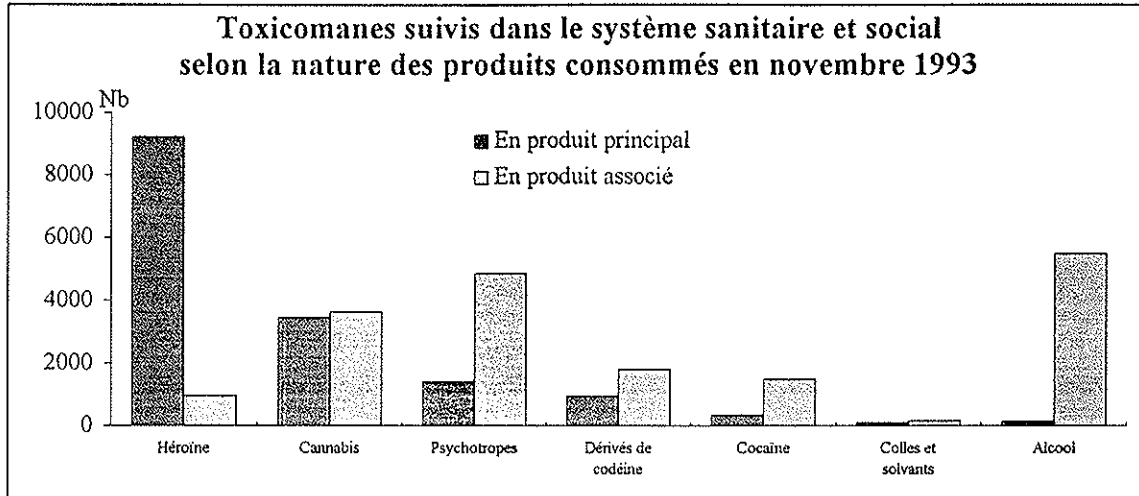
* L'usage de morphine et d'opium sont devenus insignifiants

✓ Il semble que l'usage de cocaïne en produit principal soit sous-estimé car assez mal cerné. [8] Par ailleurs, l'usage du crack est en pleine expansion. De nouvelles conduites font également leur apparition et notamment les acides (LSD) ou encore certaines amphétamines telles que l'ectasy ; leur consommation ne cesse d'augmenter, particulièrement dans un cadre festif, au cours de soirées dites "rave party".

✓ La plupart des toxicomanes aujourd'hui consomment plus d'un produit principal ; on assiste à une polyconsommation de plus en plus fréquente.

L'alcool tient une place prépondérante en matière de produit associé : il est cité pour 52 % des polytoxicomanes. [8]

Les psychotropes, les dérivés de la codéine et la cocaïne se retrouvent plus fréquemment en produit associé qu'en produit principal.



Source : O.F.D.T., D.G.L.D.T. : Indicateurs et tendances, éd. 1995

1.3 - ETAT DE SANTE DES TOXICOMANES

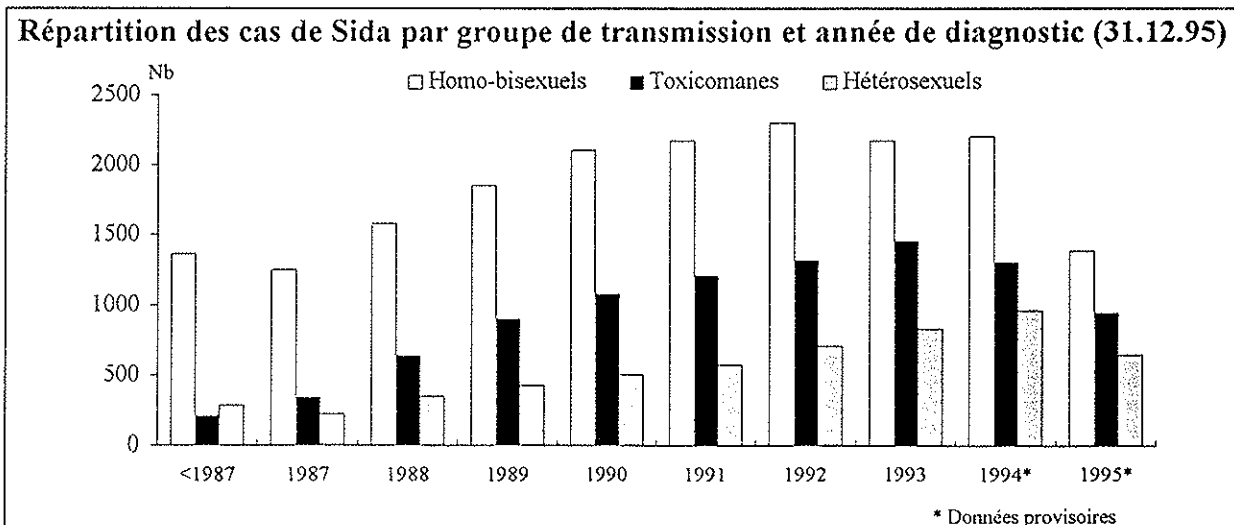
a) Morbidité

La morbidité de cette population reste mal cernée ; on dispose cependant de quelques données sur l'infection par le V.I.H. et les hépatites virales.

☛ Sida

Au 31 décembre 1995, près de 40 000 cas de Sida ont été dénombrés depuis le début de l'épidémie et plus de 60 % d'entre eux sont connus comme étant décédés. [35]

La population toxicomane est particulièrement touchée par cette épidémie depuis 1990.



Source : B.E.H. 10/96

A l'heure actuelle, la progression de nouveaux cas de Sida est la plus rapide parmi les hétérosexuels ; par contre, il semblerait, d'après plusieurs sources, qu'il y ait un infléchissement des tendances en ce qui concerne de nouvelles contaminations liées à la toxicomanie. Les informations disponibles concernant le taux de contamination sont recueillies auprès des toxicomanes suivis dans les centres spécialisés et les hôpitaux.

En novembre 1993, au niveau de ces établissements, environ 80 % des toxicomanes ont effectué un test de dépistage au V.I.H. Seulement 66 à 70 % ont un statut sérologique connu au moment de l'enquête. Parmi ceux-ci, 29 % sont séropositifs, la plupart (33 %) utilisant la voie intraveineuse. [8] [33]

☛ Hépatites

Parmi les toxicomanes suivis en novembre 1993 dans les centres spécialisés et les hôpitaux, seulement 41 % connaissent leur statut sérologique. Parmi eux, 43 % sont séropositifs pour l'hépatite C et 35 % pour l'hépatite B. [33]

L'interprétation de ces chiffres doit être faite avec prudence en raison de l'incertitude des statuts sérologiques pour plus de la moitié des toxicomanes.

b) Mortalité

La mortalité des toxicomanes peut avoir des causes variées ; elle peut être due, certes, à un surdosage du produit utilisé, mais aussi à des facteurs liés à la toxicomanie (morts violentes, maladies infectieuses). Face à l'absence d'un dispositif de suivi, la mortalité des toxicomanes reste très mal connue.

En 1994, 564 cas de décès par surdosage ont été signalés à l'O.C.R.T.I.S.. Dans 90 % des cas, le produit susceptible d'avoir provoqué la mort était l'héroïne. [8]

De plus, une étude de l'I.N.S.E.R.M. a estimé en 1992 à plus de 1 700 le nombre de décès pour lesquels la toxicomanie, sans en être forcément la cause directe, est responsable. [8]

En quelques années, le nombre de décès liés à la toxicomanie n'a cessé d'augmenter.

2/ LA SITUATION EN LIMOUSIN

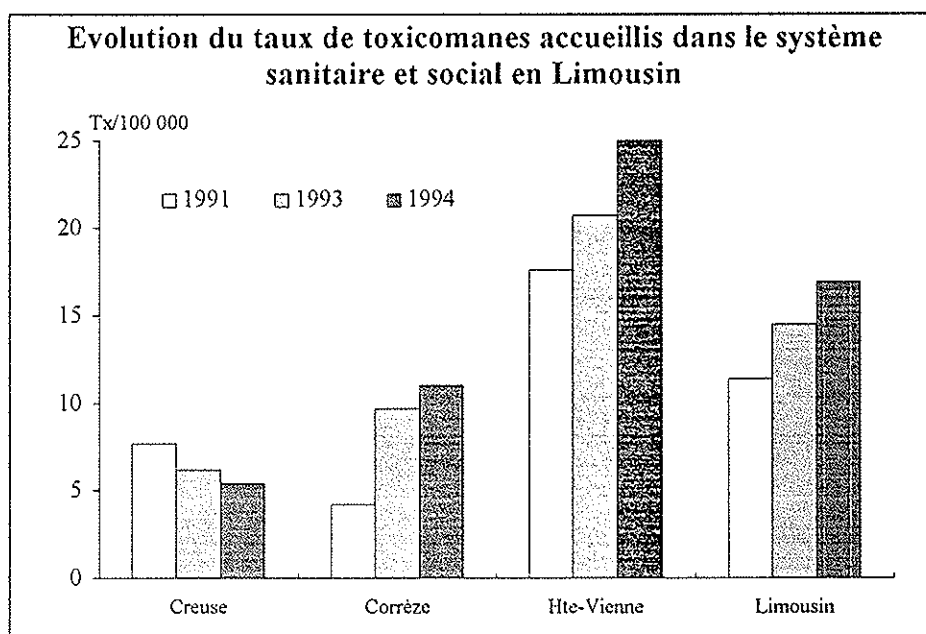
Le Limousin semble être une région moins touchée par la toxicomanie par rapport à la moyenne française.

2.1 - LES TOXICOMANES LIMOUSINS ET LE SYSTEME SANITAIRE ET SOCIAL

D'après l'enquête de Novembre 1994, réalisée par le service statistique de la D.R.A.S.S., auprès des établissements de santé et de certains services sociaux, 121 toxicomanes ont été pris en charge dans ces services de soins du Limousin soit un taux de 17 pour 100 000 habitants (taux inférieur à la moyenne nationale : 35 pour 100 000). [47]

On note toutefois une disparité entre les départements : 5 pour 100 000 en Creuse, 11 pour 100 000 en Corrèze et 25 pour 100 000 en Haute-Vienne.

Même si le Limousin semble encore peu touché, l'évolution de ce fléau apparaît de plus en plus inquiétant.

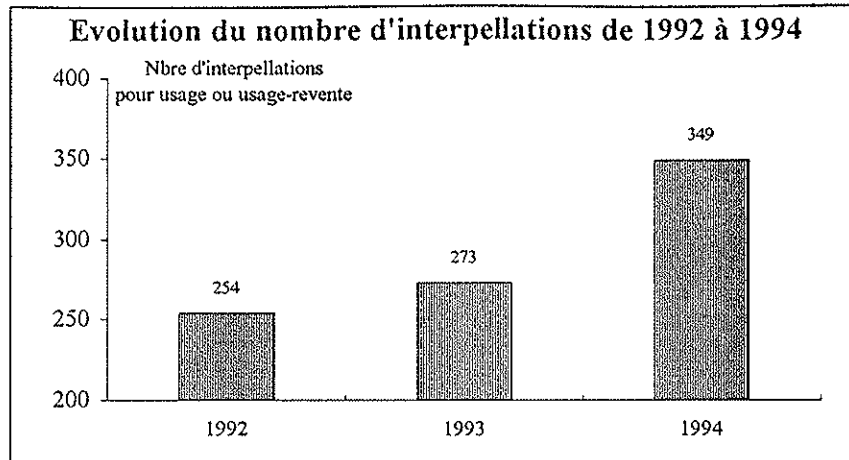


Source : Info D.R.A.S.S. Limousin, n° 7

Ces taux doivent être interprétés avec prudence car chaque toxicomane pris en charge n'est pas toujours de la région.

2.2 - LES TOXICOMANES LIMOUSINS ET LES INTERPELLATIONS

349 interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants ont eu lieu en 1994 soit un taux de 49 pour 100 000 habitants. Ce taux reste toujours inférieur à la moyenne nationale (89 pour 100 000 habitants). Toutefois, on note une progression constante des interpellations.



Source : O.C.R.T.I.S.

Depuis 1988, le nombre d'interpellations a doublé. [47]

2.3 - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES TOXICOMANES

LIMOUSINS

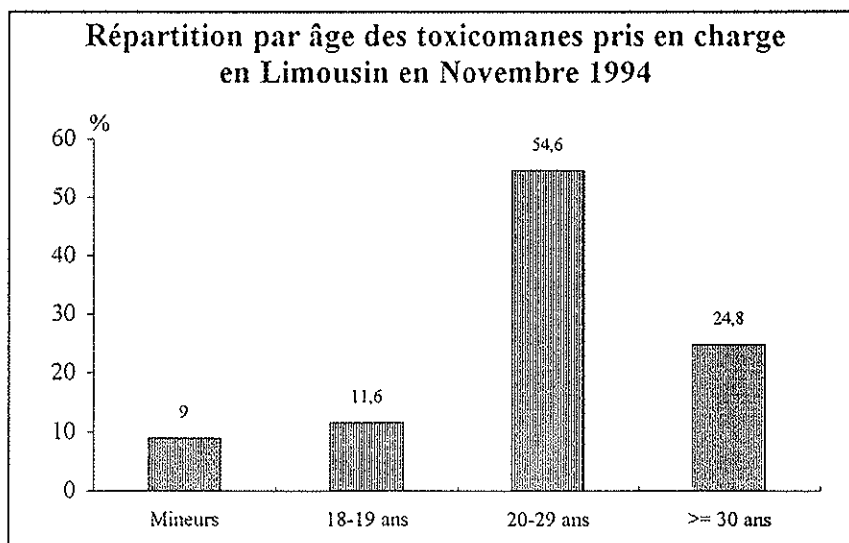
a) Sexe

Quatre toxicomanes sur cinq suivis dans le système sanitaire et social en Limousin en 1994 sont de sexe masculin. Cette proportion est plus élevée qu'en France (75 %). [61]

b) Age

D'après l'enquête de novembre 1994, 25 % des toxicomanes pris en charge ont plus de 30 ans et plus de 20 % sont âgés de moins de 20 ans. [61]

(Au niveau national, la tendance est au vieillissement de cette population : les plus de 30 ans représentent 31 % contre 9 % pour les moins de 20 ans).



Source : D.R.A.S.S.-S.E.S.I.

c) Catégorie socioprofessionnelle

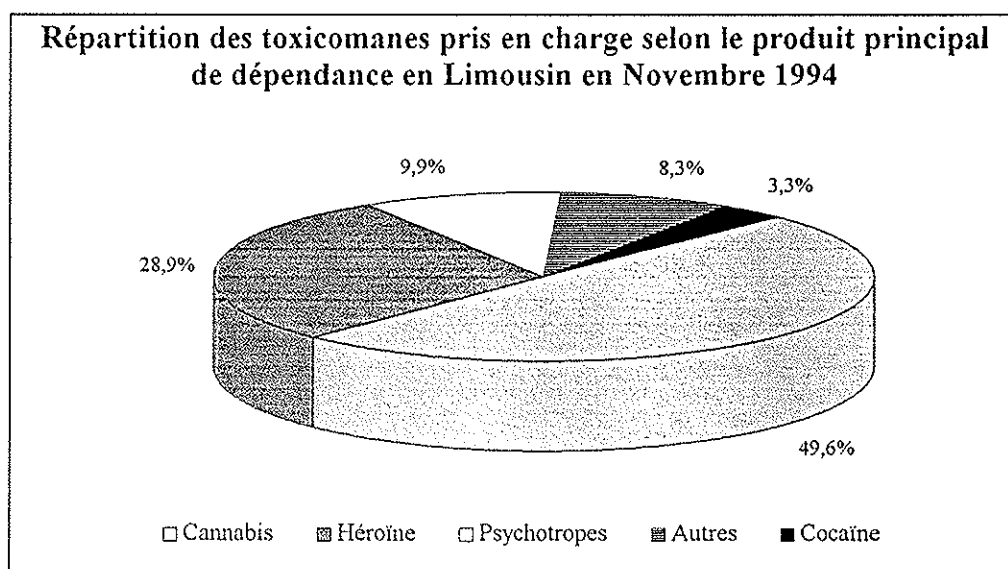
Parmi les toxicomanes pris en charge en Novembre 1994, une minorité possède un emploi stable ou à durée déterminée (20,7 %).

Plus de la moitié (64,5 %) sont sans activité professionnelle. [61]

2.4 - PRODUITS CONSOMMES

✓ Le cannabis semble occuper une place prépondérante dans la région Limousin. Il constitue le produit principal de consommation pour près de la moitié des toxicomanes (49,6 %) pris en charge en Limousin en Novembre 1994. Ce pourcentage, supérieur à celui de la France, (environ 20 % en novembre 1993) ne cesse d'augmenter depuis ces dernières années.

L'héroïne se situe en deuxième position avec 28,9 % d'utilisateurs ; en France, elle occupe la première place avec plus de 50 % de toxicomanes concernés. [61]



✓ Parallèlement, au niveau des toxicomanes limousins interpellés pour usage et usage-revente de stupéfiants en 1994, 83 % étaient en possession de cannabis.

L'héroïne ne concerne que 15 % des interpellations.

✓ Parmi les toxicomanes de moins de 22 ans, 73 % consomment du cannabis [61] ; l'héroïne est plus fréquemment utilisée par les plus de 30 ans.

Le produit le plus souvent associé est l'alcool.

2.5 - TOXICOMANIE ET MORBIDITE

L'enquête de Novembre 1994 indique de fortes proportions de sérologies pour le V.I.H. inconnues ou incertaines, soit 66 % contre 45 % en France en Novembre 1993, de même pour l'hépatite B (57 %) et l'hépatite C (60 %). [47]

Statut sérologique des toxicomanes vis-à-vis du V.I.H. en Limousin en 1994

	%
Séronégatif	24
Séropositif asymptomatique	3
Séropositif symptomatique	7
Sérologie non effectuée	42
Résultat du test inconnu	16
Sans réponse	8
Total	100

Source : D.R.A.S.S. Limousin

Pour ceux dont le statut sérologique est connu, 29 % sont positifs pour le V.I.H., 38,5 % pour l'hépatite C et 50 % pour l'hépatite B. [47]

Parmi les séropositifs symptomatiques au V.I.H., la moitié d'entre eux consomment de l'héroïne.

☉ Certains faits marquants concernant la situation de la toxicomanie en Limousin sont donc à retenir :

- ♣ **Le Limousin reste une région moins touchée que la moyenne française.**
- ♣ **On note une augmentation progressive du nombre de toxicomanes interpellés ou pris en charge.**
- ♣ **Le cannabis est le produit le plus souvent utilisé.**

B - LEGISLATION EN MATIERE DE TOXICOMANIE

Il apparaît aujourd'hui illogique de s'attacher uniquement à la situation de la toxicomanie et à sa législation en France sans prendre en compte celles des pays voisins en particulier ceux de l'Union Européenne, car la politique des uns interfère plus ou moins avec celle des autres.

Ainsi, une connaissance de l'ensemble paraît indispensable afin d'établir de meilleurs moyens de lutte.

I) ETUDE COMPARATIVE DES LEGISLATIONS DANS L'UNION EUROPEENNE

L'ensemble des pays d'Europe ont été confrontés au problème de la toxicomanie à partir du XIX^e siècle, certes à des degrés divers, mais d'une façon de plus en plus accentuée surtout depuis le milieu des années 60. Les réponses apportées varient beaucoup d'un pays à l'autre mais comportent toutefois des éléments communs. Face à l'offre comme à la demande, tous les états ont choisi de faire jouer un rôle à la loi, à côté d'autres approches sanitaires, éducatives ou économiques. [10]

En effet, la lutte contre la drogue et la toxicomanie est devenue aujourd'hui une priorité pour les 15 pays de l'Union Européenne.

L'étude des législations révèle des différences importantes dans la manière dont les Etats considèrent le phénomène de la drogue et dans la façon d'agir pour y faire face. B. LEROY, Conseiller juridique à la Division des stupéfiants des Nations Unies, note qu' "*aucune concertation n'a eu lieu entre les Etats membres de la Communauté lorsqu'il s'est agi de légiférer*".

[14]

La comparaison des différentes législations européennes met en lumière la complexité et la diversité des réponses juridiques adoptées pour chaque cas de figure. En fait, seule l'adoption des Conventions Internationales a abouti à une certaine harmonisation entre les Etats.

1/ SIMILITUDE ENTRE LES LEGISLATIONS EUROPEENNES

Cette similitude repose essentiellement sur la ratification par la plupart des Etats de l'Union de trois conventions internationales. Celles-ci ont été élaborées dans le cadre des Nations Unies face au développement mondial de la toxicomanie.

1.1 - CONVENTION DE 1961 : "CONVENTION UNIQUE SUR LES STUPEFIANTS"

Cette convention a pour but d'abroger et de remplacer les nombreux traités antérieurs, d'où le terme de convention "unique". Elle oblige, entre autres, les parties signataires aux dispositions suivantes : [9]

↳ "limiter exclusivement à des buts médicaux et scientifiques, la production, la distribution, le commerce, l'usage et la possession des drogues couvertes par la convention".

↳ Inscrire sur des registres pharmaceutiques (ordonnancier) toute opération relevant de l'usage légal de stupéfiants et de leur délivrance au public ; celle-ci exige une ordonnance.

↳ Étendre le contrôle des cultures d'opium, cannabis et cocaïne : "Seuls les pays traditionnellement producteurs d'opium destiné à l'exportation pourront continuer à approvisionner l'industrie pharmaceutique".

↳ Fournir à la commission des stupéfiants des rapports annuels concernant les quantités de stupéfiants acquises et consommées.

(A ces mesures de contrôle sont jointes des sanctions qui peuvent aller jusqu'à l'embargo du commerce desdites substances). [4]

La convention s'applique à 108 plantes et substances naturelles ou synthétiques, classées en 4 tableaux. [4] [9]

Tableau I : Principaux stupéfiants opiacés naturels et synthétiques, la cocaïne et le cannabis

Tableau II : Stupéfiants de type codéiniques.

Sont concernées ici des substances dangereuses pour l'individu, mais ne posant pas de problème économique et social aussi grave que celles inscrites au tableau I.

Tableau III : Préparations exonérées en partie du contrôle.

Tableau IV : Stupéfiants figurant aussi au tableau I tels que le cannabis et l'héroïne mais à l'égard desquels les parties sont invitées à appliquer des mesures plus rigoureuses.

Remarque : Il est à noter que cette convention ne fait aucune obligation aux parties signataires d'incriminer et de réprimer directement l'usage de stupéfiants. Elle oblige seulement les états "à prendre toutes les mesures possibles pour prévenir l'abus des stupéfiants". [10]

La convention de 1961 contient enfin des dispositions sur le traitement médical et la réadaptation des toxicomanes. Il s'agissait, pour la première fois dans un texte international, de considérer les toxicomanes davantage comme des malades que comme des délinquants.

1.2 - CONVENTION DE 1971 :

"EXTENSION DU CONTROLE INTERNATIONAL AUX SUBSTANCES PSYCHOTROPES"

Depuis les années 50, les organismes internationaux s'inquiétaient des dangers résultant de l'abus sans cesse croissant de substances psychotropes telles les barbituriques, les amphétamines et tranquillisants non soumis à un contrôle international. Etant donné l'importance de l'usage médical de telles substances, les modalités de contrôle à établir étaient délicates.

Cette convention s'applique à 65 substances inscrites à l'un des quatre tableaux suivants : [9]

Tableau I : Produits sans intérêt thérapeutique reconnu et interdits sauf à des fins scientifiques et médicales très limitées (ex : les hallucinogènes).

Tableau II : Produits de faible intérêt thérapeutique (ex : amphétamines et dérivés).

Tableau III : Produits à large emploi thérapeutique (ex : buprénorphine).

Tableau IV : Autres psychotropes considérés comme moins dangereux et plus largement utilisés en thérapeutique (ex : benzodiazépines et certains barbituriques).

La convention interdit explicitement tout usage des drogues du tableau I ; la fabrication, la distribution, l'usage et la détention des drogues des tableaux II, III et IV est tenue d'être restreinte à des fins médicales et scientifiques. Elles doivent être dispensées uniquement sur ordonnance ; la publicité est interdite. [4]

1.3 - CONVENTION DE 1988 : "CONVENTION CONTRE LE TRAFIC ILLICITE DES STUPEFIANTS ET DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES"

L'objectif de cette convention est de promouvoir la coopération entre les parties signataires de façon à s'attaquer plus efficacement aux divers aspects du trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes : dispositions concernant les navires et les zones de ports francs, établissement d'une entraide judiciaire et policière entre les parties...

Dans le cadre de cette convention, est également mise en place pour la première fois une réglementation en matière de substances "précurseurs" c'est-à-dire utilisées dans la fabrication illicite des stupéfiants et psychotropes. En effet, la disponibilité de ces substances précurseurs est à l'origine de l'accroissement de la production illicite des stupéfiants et psychotropes. [9]

1.4 - ETAT DES RATIFICATIONS DES DIFFERENTES CONVENTIONS [10]

Un élément très important de convergence entre les politiques et les législations des états européens réside dans le fait que la plupart d'entre eux ont ratifié ces 3 conventions ; seule la Belgique, l'Autriche (convention de 1971 et 1988) et l'Irlande (convention de 1988) ne les ont pas toutes ratifiées.

Ordre chronologique de ratification des conventions

Convention de 1961

1964	Danemark, Royaume-Uni
1965	Pays-Bas
1966	Espagne
1969	Belgique, France
1971	Portugal
1972	Grèce, Luxembourg
1973	Allemagne
1975	Italie
1980	Irlande

Convention de 1971

1973	Espagne
1975	France , Danemark
1977	Grèce, Allemagne
1979	Portugal
1981	Italie
1986	Royaume-Uni
1992	Irlande, Luxembourg
1993	Pays-Bas

Convention de 1988

1990	Espagne, France , Italie
1991	Danemark, Portugal, Royaume-Uni
1992	Grèce, Luxembourg
1993	Pays-Bas, Allemagne

2/ DIFFERENCES ENTRE LES LEGISLATIONS EUROPEENNES

L'étude succincte de ces législations révèle très vite un manque d'harmonisation des lois et des peines applicables d'un pays à l'autre en cas d'infraction à la législation de stupéfiants.

2.1 - EN MATIERE DE CLASSEMENT DES STUPEFIANTS

Il est à noter, dans un premier temps, la différence faite par certains Etats européens entre les drogues dites "dures" et celles dites "douces" en distinguant notamment le cannabis des autres substances.

Cette distinction de classement est pratiquée en Espagne, en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas et enfin au Royaume-Uni. (Quelquefois, les distinctions non reconnues dans les textes sont appliquées dans la pratique par les tribunaux).

En ce qui concerne le Royaume-Uni, la distinction est faite entre 3 niveaux de dangerosité A, B et C des drogues :

- La catégorie A comprend les drogues dites dures (héroïne, cocaïne, LSD...).
- La catégorie B comprend le cannabis, les barbituriques et les amphétamines.
- La catégorie C comprend les autres produits moins dangereux (codéine).

Les autres Etats, dont la France, place toutes les drogues sur le même pied d'égalité. En fait, comme le commente R. Hartnoll, chargé de l'épidémiologie à l'O.E.D.T. (Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies), c'est "*à chaque pays de savoir si son problème principal concerne la drogue la plus répandue : le cannabis ou la drogue entraînant les plus sérieuses conséquences en terme de santé publique, l'héroïne, même si ses usagers sont à l'évidence moins nombreux*". [26]

2.2 - EN MATIERE D'USAGE DES STUPEFIANTS

Bien que la convention de 1961 n'oblige pas à la répression directe de l'usage de stupéfiants (voir remarque p. 35), certains Etats restent très sévères à cet égard.

Ainsi, l'usage de stupéfiants en tant que tel et sous toutes ses formes est interdit de manière spécifique en France, au Luxembourg et au Portugal qu'il soit individuel ou collectif, occasionnel ou habituel et quel que soit le produit utilisé (pas de distinction entre drogue dure et drogue douce).

Dans quelques Etats, l'interdiction de l'usage n'existe que dans certains cas :

- ↳ En Belgique, l'usage de stupéfiants n'est expressément interdit que s'il est collectif.
- ↳ En Grèce, la répression est uniquement en vigueur pour les non toxicomanes. En effet, seule la loi grecque comporte une définition du "toxicomane" ; les autres législations européennes retiennent la notion "d'usager de stupéfiants". [8]
- ↳ Au Royaume-Uni et en Irlande, seul l'usage de l'opium est incriminé (14 ans d'emprisonnement maximum). Pour les autres stupéfiants, aucune incrimination n'est prévue.

Deux pays européens, Espagne et Italie ont opté pour un traitement non pénal mais pour de simples sanctions administratives face à l'usage de stupéfiants : on peut alors parler de dépénalisation de l'usage simple. (La dépénalisation italienne date de 1993 après référendum). [11]

Les sanctions administratives consistent à la suspension d'un passeport, d'un permis de conduire, du port d'armes...

En Espagne, la loi Corcuera de 1991 visant la protection de la sécurité des citoyens stipule que la consommation, voire la possession de drogues dans un lieu public, ainsi que l'abandon dans ce même lieu d'ustensiles ou instruments utilisés à cet effet relèvent de ce même type de sanction. [7]

Aux Pays-Bas, comme en Allemagne et au Danemark, l'usage de stupéfiants n'est pas directement incriminé.

2.3 - EN MATIERE DE POSSESSION DE STUPEFIANTS EN VUE DE L'USAGE

Pour certains Etats tels que la France, le Danemark, la Belgique et la Finlande, la possession de stupéfiants est directement assimilée au trafic ; ainsi, certains usagers peuvent être amenés à subir les mêmes peines que les trafiquants... Toutefois, dans la pratique, si la possession porte sur une très faible quantité, elle peut être assimilée à l'usage et souvent ne pas donner lieu à des poursuites.

Aux Pays-Bas, la loi incrimine de manière spécifique la possession de drogue pour usage personnel en distinguant drogue dure et cannabis. En fait, en pratique, cette loi n'est pas appliquée : la vente et l'acquisition de cannabis en petites quantités dans le cadre de "coffee-shops" sont tolérées. [14]

Pour le Royaume-Uni, l'incrimination est fonction du niveau de dangerosité de la drogue : s'il s'agit d'une drogue de niveau A, la peine peut aller jusqu'à 7 ans de prison ou seulement 2 ans si la drogue est de niveau C.

De la même façon, la possession en Irlande de drogue dure en vue de l'usage est punissable par 7 ans d'emprisonnement maximum.

Restent les exceptions italiennes et espagnoles où par le biais de la possession de stupéfiants, l'usage n'est pas incriminé ; seules des sanctions administratives sont de rigueur. En cas d'interpellation en possession de stupéfiants, il appartient aux autorités judiciaires d'indiquer, si d'après la nature et la quantité des stupéfiants saisis, il s'agit d'activités de trafic ou d'usage. [14]

2.4 - EN MATIERE D'ARTICULATION LEGALE : SOINS / REPRESSION

La plupart des Etats ont prévu des mesures de soins alternatives à la répression de l'usage de stupéfiants (France, Grèce, Portugal, Italie, Luxembourg).

La loi espagnole (Loi Corcuera, 1991) prévoit également de suspendre les sanctions si l'intéressé accepte de se soumettre à un traitement de désintoxication dans un centre accrédité.

L'Allemagne est un cas particulier : si la condamnation prévue est une peine inférieure à 2 ans d'emprisonnement et si le jugement indique que les faits sont en rapport avec la toxicomanie du sujet, l'usager a la possibilité d'effectuer une cure au lieu de rester ou d'aller en prison.

Par contre, quand des dispositifs spécifiques n'existent pas (cas en Belgique, au Danemark), un traitement incitatif est tout de même possible.

2.5 - TABLEAU RECAPITULATIF [8] [10] [55]

"Les législations européennes de lutte contre la toxicomanie"

Tableau n° 1



	Classement des stupéfiants	Usage de stupéfiants	Possession en vue de l'usage	Articulation légale : Soins / Répression	Détention, cession Autre forme de trafic
France	Pas de distinction	Répression de tout usage 2 mois à 1 an	Assimilée au trafic	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	Jusqu'à 30 ans
Luxembourg	Pas de distinction	Individuel : 3 mois à 3 ans Collectif : 1 à 5 ans	Acquisition et détention pour usage : jusqu'à 5 ans	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	Jusqu'à perpétuité
Portugal	Pas de distinction	Incriminé jusqu'à 3 mois	Jusqu'à 3 mois	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	Jusqu'à 18 ans
Belgique	Pas de distinction	Répression de l'usage collectif : 3 mois à 5 ans	Assimilée au trafic	Pas de disposition	Jusqu'à 20 ans
Grèce	Pas de distinction	Non incriminé directement	Réprimée pour les <u>non</u> toxicomanes : 2 à 5 ans	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	Jusqu'à perpétuité
Royaume-Uni	Distinction entre 3 niveaux de dangerosité A, B, et C	Non incriminé <u>sauf opium</u> jusqu'à 14 ans	A : jusqu'à 7 ans B : jusqu'à 5 ans C : jusqu'à 2 ans	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	A : jusqu'à perpétuité B : jusqu'à 14 ans C : jusqu'à 5 ans
Irlande	Distinction entre cannabis et autres drogues	Non incriminé <u>sauf opium</u> jusqu'à 14 ans	d : jusqu'à 3 ans D : jusqu'à 7 ans	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	d : jusqu'à 7 ans D : jusqu'à perpétuité
Danemark	Pas de distinction	Non incriminé directement	Assimilée au trafic	Pas de disposition spécifique	Jusqu'à 10 ans
Allemagne	Pas de distinction	Non incriminé directement	I à 4 ans	Substitution à la prison si moins de 2 ans	Jusqu'à 15 ans
Italie	Distinction entre cannabis et autres drogues	Non incriminé directement	Sanction administrative	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	Jusqu'à 20 ans
Espagne	Distinction entre cannabis et autres drogues	Répression de l'usage en public : sanction administrative	Sanction administrative	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	d : jusqu'à 17 ans D : jusqu'à 23 ans
Pays-Bas	Distinction entre cannabis et autres drogues	Non incriminé directement	En théorie : d : jusqu'à 3 mois D : jusqu'à 1 an	Traitements volontaires incitatifs, et même forcés	d : jusqu'à 4 ans D : jusqu'à 12 ans
Autriche	Pas de distinction	Non incriminé directement	Jusqu'à 6 mois	*	*
Finlande	Pas de distinction	Non incriminé directement	Assimilée au trafic	*	*
Suède	Pas de distinction	Non incriminé directement	Jusqu'à 6 mois	*	*

* Données non collectées pour les nouveaux Etats membres.

d : drogue "douce"

D : drogue "dure"

Durées : durées d'emprisonnement

3/ CONCLUSION

A travers cette étude, on distingue une nette différence entre le "libéralisme néerlandais" voire italien ou espagnol et le "rigorisme français" voire luxembourgeois. La France apparaît en effet comme l'un des pays les plus répressifs dans la lutte anti-drogue. [26]

Toutefois, on note des évolutions communes. Les convergences entre les Etats sont notamment importantes en ce qui concerne la répression du trafic. Ce domaine est en effet fortement réglementé par les 3 conventions des Nations Unies que la plupart des Etats ont ratifiées.

D'autre part, tous les Etats membres considèrent désormais les toxicomanes comme des personnes malades et non plus uniquement comme des délinquants. Au lieu de l'emprisonnement, la plupart autorisent le toxicomane, qui fait l'objet d'une condamnation, à opter pour un traitement médico-social.

De plus, les politiques de réduction des risques liés à la toxicomanie (traitement de substitution à la méthadone, échange de seringues, fourniture de préservatifs...) se sont généralisées pour l'ensemble des Etats sous l'influence du Sida.

II) EVOLUTION DE LA LEGISLATION FRANCAISE DEPUIS 1970

1/ AVANT 1988

1.1 - LOI DE 1970 : LOI MAZEAUD

Cette loi occupe sans aucun doute une place à part dans notre système juridique tant pour les dispositions concernant l'offre des produits stupéfiants que leur demande. Intitulée "*loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses*", elle fut votée le 31 décembre 1970.

A l'époque, la justification de cette loi est précisée en ces termes :

"A une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu (...) il paraît normal en contrepartie que la société puisse imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout s'il s'agit d'interdire l'usage de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement l'extrême nocivité". [16]

Cette loi n'aborde la toxicomanie que par le biais des substances illicites et notamment celles inscrites au tableau B (produits stupéfiants).

Elle a pour triple objectif :

- ↳ assurer la répression du trafic des stupéfiants
- ↳ sanctionner leur usage
- ↳ proposer une alternative thérapeutique à la répression de l'usage

a) Mesures de répression du trafic

Il s'agit de s'attaquer au trafic sous toutes ses formes et de sanctionner par le biais de procédures et de peines exceptionnellement sévères au regard du droit commun. [16]

☛ Cette loi prévoit aussi des procédures hors du droit commun qui concernent :

✓ Les délais de garde à vue, c'est-à-dire le temps pendant lequel un individu est retenu dans les locaux de la police : ils sont portés au double du maximum légal soit 96 heures au lieu de 48 heures pour tout individu soupçonné de trafic. Une visite médicale obligatoire est prévue toutes les 24 heures afin de déterminer si la santé de celui-ci est compatible avec la garde à vue.

✓ Les perquisitions : elles peuvent être effectuées de jour et de nuit dans tous les locaux (y compris les maisons d'habitation) où sont susceptibles d'être fabriqués, transformés ou entreposés des produits stupéfiants.

N.B. : Au regard du droit commun, les perquisitions ne peuvent être effectuées que durant la journée.

☛ La loi Mazeaud prévoit des peines variant selon les différents modes de trafic :

✓ Pour "*ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plante ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire*", une peine de 2 mois à 2 ans de prison et/ou une amende de 2 000 à 20 000 francs est prévue (Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, Art. 2 : Art. L 626 du Code de la Santé Publique -C.S.P.). [31]

✓ Pour les mêmes délits concernant les substances classées comme stupéfiants, la personne encourt une peine d'emprisonnement comprise entre 2 et 10 ans et/ou une amende comprise entre 5 000 et 50 000 000 de francs. Mais si le délit a précisément consisté dans "*l'importation, la production, la fabrication ou l'exportation illicite*" de ces substances stupéfiantes, la peine de prison sera de 10 à 20 ans (Art. L 627 du C.S.P.). [31]

b) Mesures de répression de l'usage illicite de stupéfiants

L'usage de substances classées comme stupéfiants est prohibé en France. Des peines d'emprisonnement de 2 mois à 1 ans et/ou une amende de 500 à 15 000 francs sont prévues (Art. L 628 du C.S.P.) [31]. Il est entendu par "usage" la consommation habituelle ou occasionnelle, individuelle ou collective (la législation antérieure réprimait uniquement l'usage de stupéfiants en société). Toutefois, cette condamnation ne sera pas exercée si la personne concernée se conforme au traitement médical prescrit et le suit jusqu'à son terme.

c) Mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie : injonction thérapeutique

- En effet, d'après l'article L 628-1 du Code de la Santé Publique, "*le procureur de la république pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale*". Celui-ci devra en informer l'autorité sanitaire en l'occurrence la D.D.A.S.S. qui devra enquêter sur la personne (examen médical, étude familiale, sociale, professionnelle). (Art. L 355-15 du C.S.P.) [31]

Deux cas sont alors possibles :

☞ **La personne est apparue intoxiquée : (Art. L 355-16 du C.S.P.) [31]**

Elle devra alors suivre une cure de désintoxication dans un établissement agréé.

☞ **La personne n'est pas apparue intoxiquée : (Art. L355-17 du C.S.P.) [31]**

Elle devra alors se placer sous simple surveillance médicale soit d'un médecin, soit d'un établissement sanitaire agréé. La D.D.A.S.S. est chargée pendant tout ce temps de vérifier le déroulement du traitement et doit en informer régulièrement le parquet. Si l'intéressé se soumet au traitement médical prescrit et le suit jusqu'à son terme, aucune poursuite judiciaire ne sera engagée contre lui : on parle **d'injonction thérapeutique** ou de "traitement obligatoire" [19]. En cas de refus ou d'interruption du traitement, les peines prévues en cas d'usage illicite sont à nouveau applicables.

Remarque : L'ensemble des peines prévues seront doublées en cas de récidive (Art. L 630-2 du C.S.P.).

- Les personnes intoxiquées peuvent également être signalées à l'autorité sanitaire par les services médicaux et sociaux, c'est-à-dire par un médecin (certificat) ou par une assistante sociale (rapport) (Art. L 355-18 du C.S.P.) [31].

Il s'agit du même processus que précédemment, mais ici le parquet n'est pas informé et en cas d'interruption du traitement, aucune sanction n'est prévue. Cette formule reste rare puisque le signalement à l'autorité sanitaire par le médecin constitue une dérogation au secret professionnel.

- Il est aussi possible à toute personne toxicomane de se présenter spontanément aux services de prévention ou de cure afin d'y recevoir les soins et les conseils nécessaires. Dans ce cas, l'anonymat est assuré et ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite des stupéfiants. Les soins sont gratuits et aucun contrôle ou sanction ne sont faits (Art. L 355-21 du C.S.P.). [31]

Cette loi fait donc de l'usager simple tantôt un malade, tantôt un délinquant. [19]

1.2 - MESURES COMPLETANT LA LOI MAZEAUD

a) Circulaires

En 1978, une circulaire du Garde des Sceaux instaure la formation et la spécialisation des magistrats dans la lutte contre la toxicomanie. [62]

De plus, cette même circulaire préconise que les usagers occasionnels de cannabis ne soient plus poursuivis mais simplement mis en garde et qu'enfin, la détention d'une faible quantité de cannabis soit assimilée à de l'usage et non pas au trafic.

Cette mise en garde deviendra, par une circulaire du Garde des Sceaux de Mai 1987, un avertissement qui s'appliquera alors aux usagers occasionnels de tous produits stupéfiants à condition qu'ils présentent de bonnes garanties d'insertion sociale, familiale et professionnelle. Cette circulaire préconise le recours à l'injonction thérapeutique dans la plupart des cas sauf pour les usagers étrangers en situation irrégulière (comparution devant le tribunal correctionnel) et pour les usagers ayant commis des actes de trafic (répression avant tout).

b) Textes de loi

☛ Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 :

Une peine de prison de 1 à 5 ans et/ou une amende de 5 000 à 500 000 francs est prévue pour ceux ayant cédé ou offert des stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle. (Art. L 627-2 du C.S.P.) [31]

☛ **Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987 :**

Si l'offre ou la cession s'adresse à des mineurs ou a lieu dans des centres d'enseignement ou d'éducation, voire dans des locaux de l'administration, cette loi prévoit alors une peine de prison supérieure, soit 2 à 10 ans. (Art. L 627-2 du C.S.P.) [31]

Cette loi prévoit également 2 à 10 ans de prison et/ou une amende de 5 000 à 50 000 000 de francs pour la facilitation de l'usage de stupéfiants par fourniture d'un local ou de tout autre moyen. Cette même peine est appliquée aussi pour la délivrance de substances au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance. Sont visés ici autant ceux qui se font délivrer les substances que ceux qui en délivrent.

Parallèlement à ces peines, les tribunaux peuvent interdire les droits civiques pendant 5 à 10 ans, suspendre le permis de conduire ou retirer un passeport pour une durée maximale de 3 ans. (Art. L 627 du C.S.P.) [31]

Des peines complémentaires obligatoires telles que la confiscation totale ou partielle des biens du condamné quelle que soit leur nature (meubles ou immeubles) est possible, de même que l'interdiction de l'exercice de certaines professions, la fermeture d'établissements ou le retrait de licences pendant 5 ans maximum. (Art. L 629 du C.S.P.) [31]

Toutefois, toute personne (auteur ou complice) ayant permis ou facilité l'identification et l'arrestation à postériori des autres coupables verra sa peine maximale divisée par 2 ; l'exemption de peine sera possible si les révélations sont faites avant la réalisation de l'infraction. (Art. L 627-5 du C.S.P.) [31]

1.3 - MESURES REGLEMENTAIRES POUR LA RESTRICTION AU COMMERCE DE CERTAINES SUBSTANCES ET OBJETS

a) Substances vénéneuses

On entend entre autres par substances vénéneuses les substances stupéfiantes, les substances psychotropes et les substances inscrites sur la liste I et II ⁽¹⁾ (Art. R 5149 du C.S.P.). [31]

Remarque : Les dites "substances" sont constituées par des "*éléments chimiques et leurs composés comme ils se présentent à l'état naturel ou tels qu'ils sont produits par l'industrie*" (Art. R 5149 du C.S.P.). [31]

(1) - Voir chapitre I, page 50.

☞ Les substances stupéfiantes :

L'ensemble des dispositions suivantes sont régies par le décret n° 88-1232 du 29 décembre 1988. [31]

✓ Autorisation au commerce et à la production

Sauf autorisation spéciale, la production, la mise sur le marché et l'emploi des substances ou préparations classées comme stupéfiants sont interdits (Art. R 5171 du C.S.P.).

Cette autorisation spéciale indique "*les substances et les préparations dont la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi est autorisé*" (Art. R 5172 du C.S.P.) ; elle fixe aussi la quantité de stupéfiants qui peut être cédée ou remise pour des fins de recherche ou d'enseignement.

Il existe toutefois une dérogation pour certaines professions à savoir pour les pharmaciens titulaires d'une officine, les pharmaciens gérant des pharmacies mutualistes, les docteurs vétérinaires, les chefs de services de pharmacie et toxicologie des écoles vétérinaires : dans ces cas, l'autorisation spéciale n'est pas requise ; cette dérogation n'est bien sûr valable que dans la limite de leur usage professionnel.

Il est par ailleurs également interdit d'importer, d'exporter des stupéfiants ou d'effectuer tout autre mouvement sans autorisation spéciale délivrée par le Ministère de la Santé (Art. R 5173 du C.S.P.).

✓ Étiquetage (Art. R 5174 du C.S.P.)

Sur les récipients ou emballages contenant des stupéfiants, doit être apposée une étiquette "de format adapté à leur volume, apposée de manière à ne pouvoir être involontairement détachée".

Les indications sur cette étiquette doivent être les suivantes :

- la DCI⁽¹⁾ ou à défaut la dénomination scientifique
- le poids brut et net
- les nom et adresse du fabricant ou du distributeur
- une tête de mort à tibias croisés sur un fond carré de couleur orange placée à l'angle supérieur gauche de ladite étiquette
- un numéro de référence pour chaque récipient.

Il est à noter que lors du transport, les emballages extérieurs doivent comporter uniquement le nom et l'adresse de l'expéditeur et du destinataire. Les colis doivent être cachetés ou scellés à la marque de l'expéditeur.

(1) DCI : Dénomination Commune Internationale

✓ *Détention (Art. R 5175 du C.S.P.)*

La détention de ces substances doit être faite dans des armoires ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre.

En cas de vol, le propriétaire se doit d'en avertir "sans délai" la police et l'inspection régionale de la pharmacie.

✓ *Acquisition et enregistrement*

Hormis l'acquisition ou la cession de stupéfiants destinés à la recherche et à l'enseignement, toute autre acquisition est subordonnée à l'utilisation d'un carnet de commande. Chaque acquisition doit faire l'objet, au moment même de l'opération, d'une inscription sur un registre spécial coté et paraphé par le Maire ou le Commissaire de police.

Chaque inscription comprend un numéro d'ordre, les nom, adresse et profession du cessionnaire ou du cédant, la quantité du produit acquis ou cédé, sa dénomination ou sa composition, et le numéro de référence figurant sur le récipient (Art. R 5176 du C.S.P.). Sur ce registre spécial, apparaissent aussi sur la première page, la date et le numéro de l'autorisation spéciale précédemment délivrée. Ce registre doit être conservé 10 ans. Il devra être "présenté à toute réquisition des autorités compétentes" (Art. R 5177 du C.S.P.).

✓ *États récapitulatifs (Art. R 5178 du C.S.P.)*

Chaque année, toute personne titulaire de l'autorisation spéciale doit adresser au Ministre de la Santé un bilan de l'année civile écoulée concernant chaque stupéfiant à savoir, les quantités reçues, cédées, les stocks restants et les quantités utilisées pour la fabrication ou la transformation en indiquant la nature et la quantité des produits obtenus.

✓ *Cas particuliers : le Khat et le cannabis*

Concernant le cannabis (la plante, la résine et les préparations en contenant ou obtenues à partir de ces éléments), la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage sont interdits (Art. R 5181 du C.S.P.). Les mêmes dispositions sont prises à propos du Khat⁽¹⁾. Toutefois des dérogations peuvent être accordées par le Ministère de la Santé pour des fins de recherche, de contrôle ou de fabrication de dérivés autorisés.

Remarque : Il est à noter que l'ensemble de ces dispositions concernant les substances stupéfiantes peuvent être appliquées à des substances n'étant pas directement classées comme telles mais qui sont fabriquées à partir de stupéfiants ou qui donnent lieu à la formation de stupéfiants au cours de leur fabrication ou voire en raison de leur usage abusif (Art. R 5182 du C.S.P.).

(1) - Le Khat est un arbrisseau dont les feuilles sont utilisées sous forme de masticatoire en Afrique de l'Est, développant une activité semblable aux amphétamines. [58]

☛ Les substances psychotropes :

L'ensemble des dispositions suivantes sont également régies par le décret n° 88-1232 du 29 décembre 1988. [31]

✓ Autorisation au commerce et à la production

Comme pour les stupéfiants, la production, la commercialisation et l'emploi des substances psychotropes sont interdits sans autorisation spéciale de même que toute opération agricole, artisanale, commerciale et industrielle (Art. R 5183 du C.S.P.). Une dérogation à cette interdiction peut être accordée pour les organismes de recherche et d'enseignement (art. R 5185 du C.S.P.). De même, certaines catégories professionnelles (pharmaciens titulaires d'officine, pharmaciens gérants d'officine mutualiste, docteurs vétérinaires...) bénéficient d'une dérogation pour le seul usage professionnel (Art. R 5184 du C.S.P.).

✓ Étiquetage

Sur chaque récipient ou emballage contenant des substances psychotropes doit être apposée une étiquette semblable à celle des produits stupéfiants contenant les mêmes indications sauf le numéro de référence (Art. R 5188 du C.S.P.).

✓ Enregistrement

Toute fabrication, transformation, commercialisation nationale ou internationale de ces substances psychotropes imposent l'enregistrement, sur un registre ou par tout autre moyen, des données suivantes :

- la nature et la quantité des substances psychotropes employées
- la nature et la quantité du ou des produits fabriqués
- la nature et la quantité des substances psychotropes ayant transité en précisant les nom et adresse du fournisseur ou de l'acquéreur
- la date de réalisation des opérations.

Chaque registre ou document (bon de commande, de livraison...) justifiant cette opération doit être conservé pendant 10 ans (Art. R 5186 du C.S.P.).

Avant toute exportation de ces substances, une déclaration d'expédition doit être faite au Ministère de la santé.

✓ États récapitulatifs

Comme pour les substances stupéfiantes, un bilan annuel récapitulatif doit être établi pour chaque substance psychotrope fabriquée ou transformée.

Sur celui-ci doivent être indiqués :

- les quantités fabriquées ou utilisées pour la fabrication de substances non psychotropes
- les quantités importées ou acquises au niveau national
- les quantités exportées ou cédées au niveau national
- les stocks

Cet état récapitulatif doit être adressé au Ministère de la Santé (Art. R 5187 du C.S.P.). [31]

☞ **Les substances classées sur les listes I ou II :**

Ces deux listes comprennent les substances ou préparations vénéneuses présentant pour la santé des risques directs ou indirects. Toutefois, les substances de la liste I présentent les risques les plus élevés. (Art. R 5204 du C.S.P.) [31]

✓ **Étiquetage (Art. R 5206 du C.S.P.) [31]**

Sur tout récipient ou emballage contenant de telles substances et n'ayant pas fait l'objet d'un conditionnement destiné au public doit être apposée une étiquette sur laquelle sont mentionnés :

- la dénomination du contenu
- les nom et adresse du fabricant
- pour les substances classées en liste I : une tête de mort à tibias croisés sur un fond carré de couleur orangée à l'angle supérieur gauche de l'étiquette
- pour les substances classées en liste II : une croix de Saint André sur un fond carré de couleur orangé à l'angle supérieur gauche de l'étiquette.

✓ **Détention**

Les substances relevant de la liste I doivent être détenues dans des armoires ou des locaux fermés à clé et ne contenant rien d'autre, à l'exception des substances dangereuses classées comme très toxiques ou toxiques (Art. R 5152 du C.S.P.). [31]

Celles de la liste II seront détenues séparément de toute autre substance ou médicament à l'exception des substances classées comme novices (Art. R 5152 du C.S.P.). [31]

b) Les seringues

La recherche de seringues par des toxicomanes date déjà de nombreuses années et la première réglementation existe depuis 1972.

Avant cette date, la vente de tous les types de seringues (seringues en matière plastique, de grand volume ou à insuline, les seringues auto-injectables contenant un médicament prêt à l'emploi, les seringues incluses dans le conditionnement de certaines spécialités, les seringues de verre...) n'était pas contrôlée. Seules les règles de délivrance des substances vénéneuses devaient être appliquées pour les seringues contenant (ou vendues avec) un médicament inscrit à un tableau ou liste⁽¹⁾.

Le 13 mars 1972 est signé le décret n° 72-2000 relatif au commerce et à l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales. Ce décret a pour objectif la lutte contre l'extension de la toxicomanie.

D'après ce décret, la vente au public de ce matériel ne peut avoir lieu que dans les officines de pharmacie et dans les établissements spécialisés dans le matériel médico-chirurgical et dentaire.

La délivrance des seringues est subordonnée à la présentation d'une ordonnance émanant soit d'un médecin, d'un chirurgien dentiste, d'un vétérinaire ou d'une sage-femme.

A défaut d'ordonnance, elles ne peuvent être cédées (gratuitement ou non) qu'à des personnes majeures justifiant de leur identité et ceci uniquement au moyen d'une commande écrite ou d'un reçu daté et signé par l'acheteur et mentionnant son nom et son adresse.

Ce document écrit doit être conservé par le pharmacien d'officine ou tout autre vendeur pendant une période d'un an en vue de toute réquisition des autorités de police ou des pharmaciens inspecteurs. L'ensemble de ces dispositions s'applique également aux seringues contenues dans le conditionnement de certaines spécialités. [3]

Deux cas peuvent se présenter :

- ↳ Spécialité avec seringue inscrite au tableau A, C ou B : l'ordonnance est obligatoire.
- ↳ Spécialité avec seringue non inscrite à l'un des tableaux précédents : la commande écrite ou le reçu signé par l'acheteur de plus de 18 ans est obligatoire.

Toute personne détenant alors des seringues a eu l'obligation de les retirer de la vente pour les céder soit aux pharmaciens d'officine soit aux établissements spécialisés précités.

Tout fabricant et importateur de seringues se devait de tenir à jour un registre spécial coté et paraphé par le Maire ou le Commissaire de police indiquant toutes les ventes, les livraisons ou expéditions... Sur ce registre, devaient figurer la nature et la quantité cédées, la date de l'opération, les nom, profession et adresse de l'acheteur.

(1) On parle aujourd'hui des listes I, II ou stupéfiants au lieu, respectivement des tableaux A, C et B.

L'importation de tels objets nécessitait une autorisation délivrée par le Ministère de la Santé. Cette autorisation devait indiquer l'identité de l'importateur, de l'exportateur, la nature des produits, leur quantité et leur provenance.

Ce décret "vu l'urgence" est entré immédiatement en vigueur.

1.4 - LES ACCORDS DE SCHENGEN DE 1985

L'article 75 de la convention d'application de ces accords concerne le transport de stupéfiants et de substances psychotropes utiles dans le cadre d'un traitement médical.

Il est prévu que les personnes bénéficiant d'un tel traitement doivent se munir "*d'un certificat délivré ou authentifié par une autorité compétente de l'État de Résidence*" (Art. 75), afin de pouvoir voyager en toute légalité. Cette procédure n'est applicable qu'aux voyageurs domiciliés ou résidant sur le territoire de l'un des États de l'espace Schengen, c'est-à-dire **la France, la Belgique, les Pays-Bas, le Luxembourg, l'Allemagne, l'Espagne, le Portugal, la Grèce et l'Italie.**

Le patient devra obtenir de son médecin un document précisant son identité, celle du médecin et la nature des médicaments prescrits. Ce document sera alors adressé à la D.D.A.S.S. qui y apposera son cachet avant de le retourner au patient concerné.

Le certificat n'est valable que pour une durée de 7 jours.

L'ensemble des substances stupéfiantes et psychotropes concernées par ces accords sont citées en annexe (voir Annexe n° 1).

2/ APRES 1988⁽¹⁾ : TEMPS DU SIDA

2.1 - MESURES RELATIVES AU TRAFIC DE STUPEFIANTS

a) Textes de loi

☛ Loi n° 90-584 du 2 juillet 1990 :

Cette loi approuve la convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes adoptée en 1988. L'entrée en vigueur de son décret d'application est fixée au 31 mars 1991. [9]

(1) Cette année a été volontairement choisie pour des raisons de commodité dans l'élaboration du plan de cette étude. Toutefois, il est certain que de nombreux cas de Sida existaient déjà avant cette date.

☞ **Loi n° 91-1264 du 19 décembre 1991 :**

Cette loi est "*relative aux renforcements de la lutte contre le trafic de stupéfiants*". Elle autorise les agents de police judiciaire à enfreindre la législation en matière de stupéfiants afin de lutter contre le trafic de ces substances. Elle prévoit l'amnistie des agents des douanes qui auront commis des infractions dans le but de démasquer les trafiquants. [9]

b) Disposition du nouveau code pénal (N.C.P.) [10]

Ce nouveau code pénal du 01 mars 1994 a pour but de renforcer à nouveau la lutte contre le trafic de stupéfiants grâce à un renforcement des pénalités. Désormais, certains actes de trafic seront considérés comme des actes criminels et seront donc jugés par des cours d'assise composées exclusivement de magistrats professionnels et non plus par des tribunaux correctionnels.

En ce qui concerne la direction ou l'organisation d'un groupement en vue du trafic, la peine est alors la réclusion criminelle à perpétuité avec une amende de 50 millions de francs (Art. 222-34 du N.C.P.). Parallèlement, si la production et la fabrication de stupéfiants sont commises en bande organisée (situation aggravante), elles sont punies par 30 ans de réclusion criminelle (Art. 222-35 2^e alinéa du N.C.P.).

A la différence de la production et de la fabrication, le Nouveau Code Pénal ne prévoit plus que 10 ans d'emprisonnement pour les faits d'importation ou d'exportation simple. Ce type d'infraction devient alors un délit et non pas un crime.

2.2 - MESURES GENERALES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

a) Circulaire du 15 février 1993

Cette circulaire tend à vouloir renforcer l'utilisation de l'injonction thérapeutique aux dépens de la répression afin de ne pas contredire les efforts mis en oeuvre pour la prévention du Sida.

b) Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 21 septembre 1993 [10]

Après réunion du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, présidé par le Premier Ministre, un certain nombre de mesures ont été décidées :

- Développement des réseaux toxicomanie ville-hôpital pour une meilleure prise en charge des usagers.
- Réservation de 3 à 5 lits pour le sevrage des toxicomanes dans les hôpitaux des villes de plus de 50 000 habitants.

- Augmentation de la capacité d'accueil des centres de postcure.
- Transfert de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées de l'administration pénitentiaire au secteur public hospitalier (décret du 27 mars 1993 et loi du 18 janvier 1994).
- Intégration d'un enseignement sur les toxicomanies dans les études médicales et pharmaceutiques.
- Création de centres d'hébergement et d'accueil en urgence appelés "Boutiques" pour les toxicomanes les plus marginalisés. Cette structure offre des services gratuits tels que cafétéria, laverie, douches... Aucune abstinence à la drogue n'y est exigée.
- Développement de l'accès aux seringues (voir paragraphe suivant).
- Développement maîtrisé de programme de substitution (voir paragraphe suivant).

Ce Comité a également annoncé la création d'une commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie présidée par le Professeur Henrion.

2.3 - MESURES DE PREVENTION DES RISQUES INFECTIEUX

a) Libéralisation de la vente des seringues

☛ Première phase :

La réglementation de 1972 (voir p. 51) a été très vite détournée par les toxicomanes par le biais du mensonge (quête d'un sérum antitétanique pour le grand frère qui s'est blessé !...). Ainsi, au fil des années, on s'est aperçu que ces mesures de contrôle avaient en fait des conséquences négatives, à savoir la création de marchés parallèles ou encore des complications septicémiques.

C'est ainsi que le 13 mai 1987, face à la prévalence inquiétante du Sida et notamment dans la population toxicomane, un décret autorisa temporairement la vente libre des seringues dans les pharmacies. Cette autorisation provisoire fut à nouveau prolongée pour un an par le décret du 24 août 1988.

Le décret définitif datant du 11 août 1989 (décret n° 89-560) modifie donc celui du 13 mars 1972. Dorénavant, les seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales peuvent être délivrées sans ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien dentiste, d'un vétérinaire ou d'une sage-femme mais uniquement à des personnes majeures (de 18 ans au moins).

☛ Deuxième phase :

On observe une graduation dans la libéralisation qui sans nul doute est due à la progression toujours très inquiétante de l'épidémie de Sida. Comme le confirment Simone Veil, Ministre des affaires sociales et Philippe Douste-Blazy, Ministre délégué à la santé : "*Les actions de prévention doivent être nécessitées par la situation épidémiologique locale, compte tenu notamment du nombre et du mode de vie des usagers de drogue*". [37]

Ainsi, le décret n° 95-255 du 7 mars 1995 (J.O. du 9 mars 1995) modifiant le décret de 1972 stipule que les seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales peuvent toujours être délivrées dans les officines de ville, dans les pharmacies des hôpitaux et dans les établissements spécialisés dans le commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire.

La nouveauté réside dans le fait que ces objets seront alors disponibles gratuitement auprès de toute association à but non lucratif ou de toute personne physique qui mène une action de prévention du Sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues.

Remarque : Ces associations déjà existantes auparavant pouvaient alors être poursuivies pour exercice illégal de la pharmacie.

L'ensemble des conditions de délivrance des seringues stériles hors du circuit officinal est défini par un nouvel arrêté. Cet arrêté datant du 7 mars 1995 (J.O. du 9 mars 1995) stipule que ces actions de prévention peuvent être menées si :

- ↳ elles sont nécessitées par la situation épidémiologique locale vu le nombre de toxicomanes et leur mode de vie.
- ↳ elles ont fait l'objet d'une concertation avec les services de l'Etat, les collectivités locales, les médecins et pharmaciens locaux ainsi qu'avec les associations travaillant dans ce même but.
- ↳ elles sont complémentaires d'autres actions locales visant à limiter la contamination par les virus du Sida et des Hépatites.

Toute délivrance dans de telles conditions doit faire l'objet d'une déclaration préalable au Préfet du département sur appui d'un dossier décrivant le contenu de l'action en vue.

L'ensemble de cette procédure est valable même pour les associations ne sollicitant pas de subventions auprès de la Direction Générale de la Santé (D.G.S.).

Ce nouveau décret entre donc dans le cadre réglementaire d'un programme d'échange de seringues.

b) Diversification des modes d'accès aux soins

☛ Commercialisation du stéribox :

Selon le prolongement de la politique menée par le gouvernement, il est à noter la mise sur le marché d'une trousse de prévention appelée "Stéribox" disponible auprès des pharmaciens d'officine depuis le 22 septembre 1994.

Le Ministre de la santé a souhaité que ce "kit anti-sida" soit vendu au prix conseillé de 5 francs, grâce à une contribution financière de l'État. Ce kit est fabriqué dans un établissement pharmaceutique agréé par la D.G.S.

L'objectif de cette commercialisation est de permettre aux toxicomanes de se procurer en une fois des seringues stériles, de l'eau distillée, des informations et des préservatifs de telle sorte à bien leur souligner le risque relatif au Sida (Voir Annexe n° 2).

Un autre objectif est de permettre le rapprochement des usagers de drogue vers le dispositif sanitaire.

☛ Commercialisation de trousse de prévention :

Suite au décret de mars 1995 et dans le but de soutenir les associations à but non lucratif souhaitant s'impliquer dans la distribution de seringues, la D.G.S. a décidé de faire fabriquer des trousses de prévention par trois laboratoires sélectionnés après mise en concurrence. [29]

Les associations, reconnues par le Ministère de la Santé, peuvent acheter directement ces kits aux établissements pharmaceutiques et disposent à cet effet des subventions du même ministère.

2.4 - MESURES RELATIVES AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

La France, après être longtemps restée en position de retrait face aux programmes de substitution pour la prise en charge des toxicomanes, a dû changer d'optique face au risque grandissant de transmission du Sida dans cette population.

Ces traitements de substitution se focalisent dans un premier temps tout spécialement sur un produit : la méthadone.

a) La méthadone

☞ En centre spécialisé :

⇒ D'après la circulaire n° 14 du 7 mars 1994 de la D.G.S. [13], le cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes est défini.

✓ Quelques principes généraux sont clairement édictés :

☛ La prescription et la délivrance de la méthadone sont réservées à des centres autorisés par le Ministère de la santé.

☛ Les objectifs sont :

- ↳ une stabilisation de la consommation de drogues illicites de façon à contrôler le recours à la voie injectable, source de transmission du VIH.
- ↳ une insertion dans le système de santé pour un meilleur suivi médical.
- ↳ une insertion sociale.

☛ Le terme ultime de cette prise en charge est d'aboutir à aucune dépendance, y compris celle à la méthadone.

✓ Quatre axes majeurs déterminent ce cadre d'utilisation :

☛ Les caractéristiques du centre : Ce centre doit être en mesure de proposer au toxicomane diverses modalités de prise en charge tel qu'un suivi médical, social ou psychologique et non pas uniquement la prescription de méthadone. De même, il devra être à même de répondre aux exigences liées aux différents contrôles. Chaque centre ne pourra prescrire simultanément de la méthadone à plus de 50 personnes dépendantes aux opiacés.

☛ Les critères de prescription : Seul le médecin responsable du centre peut décider de prescrire de la méthadone, après un bilan social, clinique et psychiatrique. Quant aux toxicomanes pouvant bénéficier de ce traitement, ils doivent être volontaires et accepter les contraintes qui en découlent (venue quotidienne au centre, analyses d'urines et suivi régulier).

D'autre part, ils doivent être dépendants majeurs d'un produit opiacé depuis au moins 5 ans (une analyse urinaire permettra de vérifier à la fois l'intoxication actuelle par un opiacé et l'absence de méthadone) et avoir échoué à toutes tentatives de cure de sevrage. L'arrêt de prescription de la méthadone est possible à tout moment devant une inefficacité du traitement.

➡ Les contrôles : Ils ont pour objectif d'assurer la sécurité d'emploi du médicament mais aussi d'éviter sa diffusion sur un marché parallèle.

↳ Contrôle de l'usage des produits associés :

Ce contrôle consiste en une analyse urinaire dans laquelle seront recherchés les produits suivants

- méthadone (recherche + dosage)
- alcool (recherche + dosage)
- opiacés naturels
- opiacés synthétiques
- cocaïne
- amphétamine + dérivés
- cannabis
- L.S.D.

La fréquence des contrôles pourra passer de 2 fois par semaine à 2 fois par mois après 3 mois de prescription.

↳ Contrôle de la détention de méthadone :

Chaque centre doit posséder un lieu de stockage suffisamment fiable (coffre-fort) pour éviter au maximum les vols. Une comptabilité doit être établie tous les semestres indiquant la quantité de méthadone administrée et celle restant en stock afin de permettre à l'agence du médicament d'assurer un approvisionnement permanent.

↳ Contrôle de la délivrance de méthadone :

La dose quotidienne de méthadone ne pouvant excéder 100 mg sera délivrée au centre même, en présence d'un membre du personnel (infirmier). En fonction de la stabilisation du patient, il sera possible de lui confier jusqu'à 7 jours de traitement. La forme galénique de la méthadone sera un liquide sirupeux administré par voie orale afin d'éviter d'éventuels détournements par voie injectable.

» Évaluation des centres : Chaque centre est tenu d'établir pour chaque patient un bilan annuel qu'il devra faire parvenir au Ministre de la santé. Ces bilans comprennent un bilan initial, un bilan de suivi semestriel, un bilan à l'arrêt du traitement ainsi qu'un suivi après cet arrêt.

✓ Seule la pharmacie centrale des hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris est alors dépositaire de la méthadone et habilitée à la fabriquer et à la répartir. L'approvisionnement auprès des centres se fait contre remise d'un bon de carnet à souche.

Pour chaque centre, est affectée une dotation hebdomadaire de flacons de sirop établie en collaboration entre le pharmacien hospitalier et le médecin du centre.

Cette dotation est fournie contre remise d'une ordonnance extraite du carnet à souches du médecin du centre. Son renouvellement a lieu chaque semaine sous remise à la pharmacie de l'ordonnance précitée ainsi que des relevés nominatifs établis pour chaque patient justifiant de l'utilisation de la dotation précédente.

Ces relevés doivent préciser l'identification du centre, du patient, la dose, la date et l'heure d'administration, le prescripteur ainsi que l'identification de la personne ayant procédé à l'administration de la méthadone. Les conditionnements primaires correspondant aux quantités consommées peuvent également être exigés.

De plus, le renouvellement de cette dotation est subordonné à la rédaction par le médecin responsable du centre, d'un état récapitulatif mentionnant :

- le stock actuel en flacons de méthadone,
- la quantité consommée au cours de la dernière semaine et
- la quantité demandée.

Si un patient stabilisé peut bénéficier d'une quantité de sirop n'excédant pas 7 jours, le médecin du centre devra rédiger une ordonnance dont la copie reviendra au patient et l'original au pharmacien de l'hôpital de rattachement du centre.

Si un patient sous traitement doit être hospitalisé dans un établissement ne relevant pas de la pharmacie hospitalière rattachée au centre, il sera possible de transférer le traitement du centre vers le lieu d'hospitalisation contre remise d'un bon de stupéfiants.

⇒ Ces dispositions vont être modifiées en quelques points par une nouvelle circulaire du 11 janvier 1995 (circulaire n° 4 du 11 janvier 1995).

✓ Les principales variantes sont les suivantes :

»»» Tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes conventionnés avec l'Etat sont autorisés à prescrire la méthadone et non plus uniquement les centres autorisés par le Ministre de la Santé.

»»» Chaque centre fixera en fonction de ses possibilités le nombre de personnes pouvant bénéficier de ce traitement.

»»» Les indications à la prescription n'exigent plus une durée de 5 ans de dépendance et d'échecs aux tentatives de cure de sevrage. La dépendance devra être "majeure et avérée" ; elle restera identifiée par analyse urinaire.

⇒ Dès le 3 février 1995 est apparu au Journal Officiel un arrêté visant à radier la méthadone (alpha-céthyl-méthadol) de la liste des substances stupéfiantes dont la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage sont interdits (Art. R 5179 du C.S.P.). (Voir arrêté du 23 janvier 1995 : Annexe n° 3).

⇒ Enfin, la Commission d'Autorisation de Mise sur le Marché a donné un avis favorable le 30 mars 1995 pour l'attribution d'une autorisation pour ce produit de substitution. Sa dispensation en officine est alors possible. L'arrêté du 28 mars 1995 permet l'inscription de 3 dosages de méthadone disponibles sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. (Voir Annexe n° 3)

☞ En ville :

⇒ La commercialisation de la méthadone est effective depuis le mois de juin 1995. La circulaire n° 29 du 31 mars 1995 permet de définir les différentes modalités pour sa prescription et sa délivrance en ville. [21]

Suite à une prescription en centre spécialisé (voir précédemment) et à une stabilisation du patient (abstinence aux autres produits, conditions sociales favorables), le médecin du centre pourra proposer le suivi du patient par un médecin de ville (médecin traitant) et la délivrance pourra avoir lieu en officine de ville.

✓ Prescription :

☛ Le médecin du centre choisit avec le patient le médecin généraliste en qui ce dernier place sa confiance.

☛ Ce médecin de ville choisi devra alors être obligatoirement contacté par le médecin du centre afin d'obtenir son accord pour le suivi de ce patient.

☛ Après accord, le médecin du centre rédigera une ordonnance extraite du carnet à souches constituant ainsi l'ordonnance initiale. La durée de prescription ne pourra excéder 7 jours. Sur cette ordonnance initiale doit figurer le nom du médecin traitant désigné.

☛ Le médecin de ville aura désormais la charge d'effectuer les prescriptions selon les mêmes conditions (ordonnance extraite du carnet à souches, durée limitée à 7 jours). Il aura la possibilité de refuser un patient suggéré par le médecin du centre s'il juge ne pouvoir exercer correctement le suivi.

☛ Le médecin de ville devra noter sur l'ordonnance les modalités de délivrance qu'il souhaite (délivrance fractionnée ou non), le nom du pharmacien ayant accepté la délivrance et les posologies. La posologie maximale conseillée reste de 100 mg/jour (sauf si la prescription initiale était supérieure) mais le médecin de ville peut éventuellement la modifier en fonction de l'évolution de l'état du patient.

☛ Si le patient souhaite changer de médecin traitant, il devra retourner au centre afin de chercher une nouvelle prescription initiale mentionnant le nom du nouveau médecin.

Remarque : il est prévu dans certains cas que le médecin du centre poursuive lui-même la prescription de méthadone tout en établissant une dispensation en officine de ville. Le nom du pharmacien devant assurer la délivrance doit alors figurer sur l'ordonnance.

✓ Délivrance :

☛ Elle ne pourra se faire qu'au vu :

☛ Soit de la prescription initiale du médecin du centre (voir remarque précédente).

↳ Soit de la prescription initiale du médecin du centre et de la prescription du médecin de ville (2 ordonnances).

» Le médecin traitant devra déterminer avec le patient le pharmacien qui délivrera le médicament. Le pharmacien choisi devra alors être contacté par le médecin de ville afin de recueillir son accord. Le nom de ce pharmacien choisi devra figurer sur l'ordonnance.

» Le pharmacien devra vérifier que le nom du médecin traitant indiqué sur la prescription initiale est identique à celui qui aura établi la prescription en cabinet de ville. Sinon, le pharmacien ne délivrera pas la méthadone.

» En début de traitement en ville, il est recommandé une dispensation quotidienne ; le médecin devra le préciser sur l'ordonnance. Si les contraintes de cette délivrance se révèlent trop lourdes, le pharmacien pourra refuser la délivrance et proposer le nom d'un confrère, auquel cas il devra en informer le médecin prescripteur.

» Si le patient veut changer de pharmacien, le médecin traitant devra rédiger à nouveau une ordonnance mentionnant le nom du nouveau pharmacien ayant donné son accord.

» Un assouplissement du rythme d'administration pourra être fait en cas de stabilisation du patient. La délivrance pourra alors être de 7 jours et le nom du pharmacien ne sera plus obligatoirement mentionné sur l'ordonnance ; le médecin précisera toutefois "pas de pharmacien désigné".

» Si le médecin traitant juge que les contrôles urinaires sont encore utiles, ceux-ci devront être réalisés au Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (C.S.S.T.).

✓ Suivi de la politique de substitution :

Le Ministre de la Santé a créé des comités départementaux afin de suivre la mise en oeuvre de ce protocole.

Chaque département français possédera un comité départemental présidé par le médecin inspecteur départemental de santé publique.

Les autres membres seront :

- le pharmacien inspecteur régional
- un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins
- un représentant du conseil régional de l'ordre des pharmaciens
- un représentant des médecins de ville prescripteurs de médicaments de substitution
- un représentant des pharmaciens dispensateurs
- un représentant des C.S.S.T.
- un praticien conseil (échelon local) du service médical des C.P.A.M.
- un médecin exerçant dans un service d'urgence hospitalière
- un médecin psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire

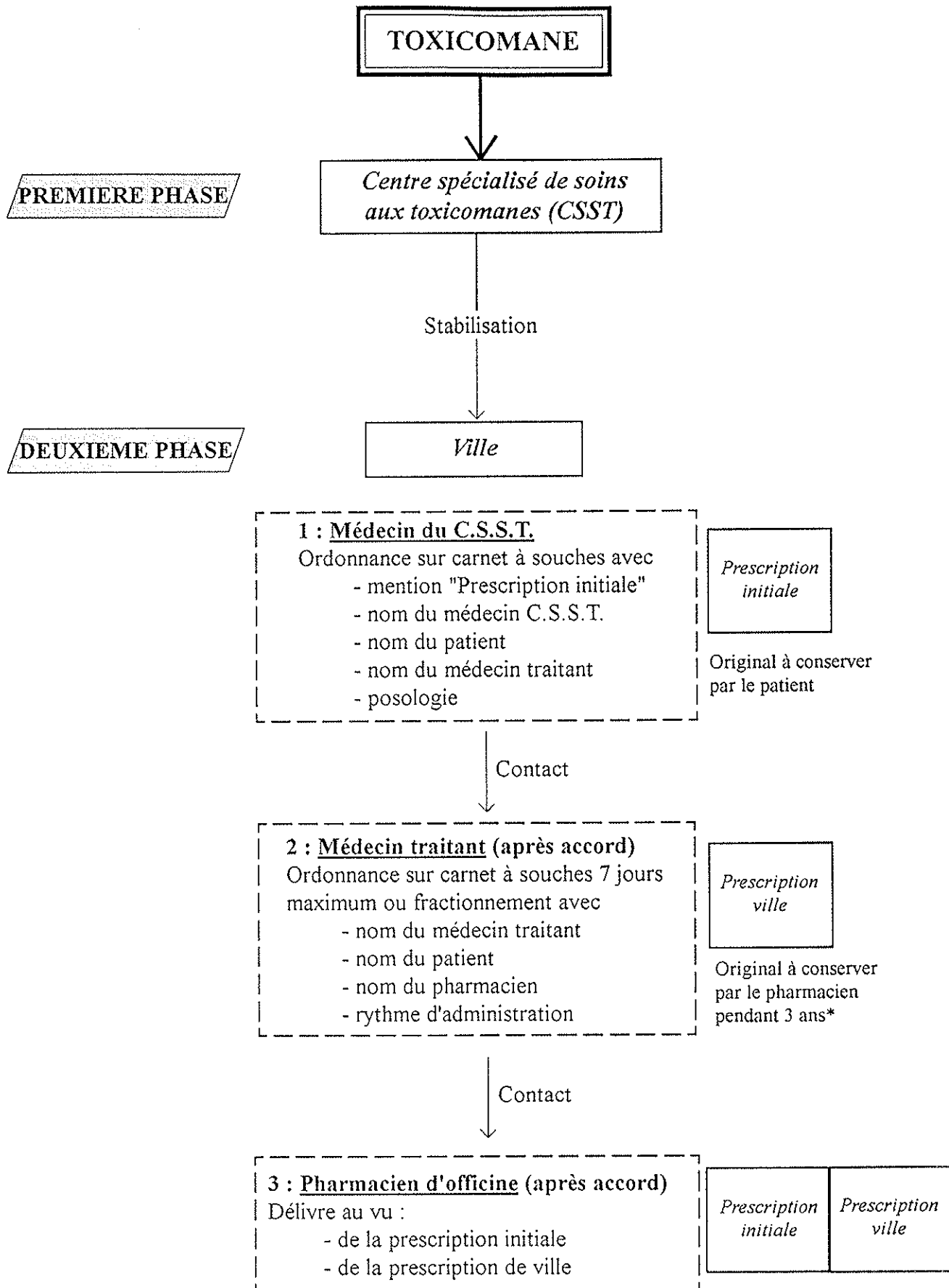
Leur mission sera de contribuer à l'organisation de ce dispositif et de veiller à la bonne utilisation des nouveaux médicaments de substitution. Ils auront également un rôle de conseil auprès des professionnels de santé impliqués.

Suite aux différentes réunions de ces comités, les divers problèmes évoqués seront transmis à la commission consultative des traitements de substitution qui devra faire la synthèse nationale afin de réévaluer le bien fondé de cette méthode.

Tableau récapitulatif :
Distribution de la méthadone [42]

Tableau n° 2

Cf. Page suivante ↪ ↪ ↪ ↪ ↪



* Une copie sera remise au patient

b) La buprénorphine

La buprénorphine (0,2 mg) TEMGESIC® dispose de son Autorisation de Mise sur le Marché depuis 1984. Toutefois, la buprénorphine haut dosage (0,4 mg, 2 mg, 4 mg) voit sa commercialisation réactualisée dans le traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La délivrance de ces deux médicaments à base de la même molécule diffère sur plusieurs plans [41] (Voir Annexe 4).

L'arrêté du 30 janvier 1996 (J.O. du 8 février 1996) inscrit la Buprénorphine Haut Dosage (B.H.D.) ou SUBUTEX® sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

Son cadre d'utilisation est défini dans la circulaire n° 29 du 31 mars 1995. [21]

☛ Modalités de prescription :

La B.H.D. est donc un médicament pouvant être prescrit dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique globale de longue durée pour certains toxicomanes dépendants aux opiacés.

Après examen médical, la BHD pourra être prescrite aux patients dépendants des opiacés par tout médecin. L'ordonnance établie sur un bon du carnet à souches ne pourra être prévue pour une durée supérieure à 28 jours ; cette durée de prescription est régie par l'arrêté du 2 octobre 1995 (J.O. du 14 octobre 1995). (Voir annexe n° 5)

Cependant, il est vivement recommandé et notamment en début de traitement de prescrire pour une durée plus limitée en raison du risque d'utilisation détournée par voie intraveineuse.

La prise en charge d'un patient doit s'accompagner d'une pratique en réseaux comprenant les C.S.S.T., les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. Ces réseaux permettront ainsi un meilleur suivi médical, psychosocial et si besoin, faciliteront l'orientation du patient vers un C.S.S.T. ou un centre hospitalier.

☛ Posologie :

La posologie sera adaptée en fonction du patient. Toutefois, les posologies utilisées dans le cadre de traitement de substitution se situent le plus souvent entre 4 et 8 mg.

☛ Délivrance :

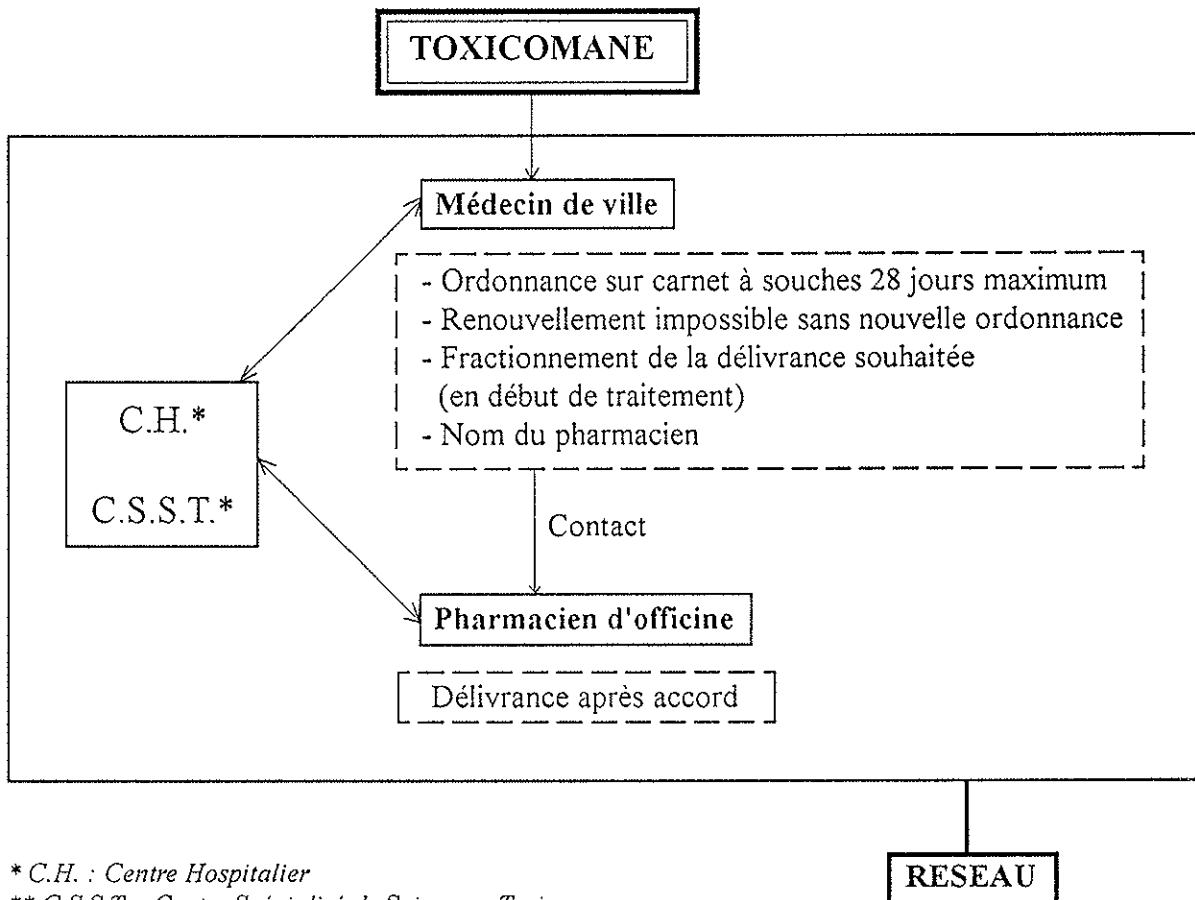
Le médecin de ville devra déterminer avec le patient, le pharmacien à qui il fera appel. Le pharmacien désigné devra être contacté par le médecin de ville. Le nom du pharmacien assurant la délivrance devra être mentionné sur l'ordonnance extraite du carnet à souches.

Le rythme d'administration sera également précisé. Le pharmacien est en droit de refuser cette dispensation s'il estime que les contraintes sont trop lourdes, auquel cas il devra en informer le médecin.

En cas de stabilisation du patient, la prescription pourra être de 28 jours et ne plus comporter systématiquement l'identification du pharmacien. Le médecin précisera alors : "pas de pharmacien désigné".

Tableau récapitulatif
Distribution de la B.H.D. ou SUBUTEX®

Tableau n° 3



* C.H. : Centre Hospitalier

** C.S.S.T. : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

c) Autres produits de substitution

La mise en place de ces traitements de substitution à base de méthadone et de buprénorphine s'est vue devancée par l'instauration arbitraire de traitements de substitution à base de morphine (MOSCONTIN[®], SKENAN[®]...). La D.G.S. précise qu'il n'est pas envisagé que le sulfate de morphine bénéficie d'une A.M.M. pour une indication de traitement de substitution. [22]

Cependant, l'interruption des traitements en cours pour des patients stabilisés paraît délicate ; ainsi la D.G.S. autorise la poursuite de ces traitements pendant une période transitoire allant jusqu'au 01 janvier 1996. [43]

Dans une note d'information du 14 décembre 1995 [23], la D.G.S. prolonge cette période transitoire jusqu'au 30 juin 1996 en raison de la non commercialisation du SUBUTEX[®] (commercialisation en Février 1996) et des disponibilités réduites d'accueil en centre spécialisé. Durant cette période, la D.G.S. demande donc aux comités départementaux d'apporter aux praticiens toute l'aide nécessaire et de veiller à ce que ne soient pas initiés de nouveaux traitements par le sulfate de morphine. [45]

Une nouvelle note d'information de la D.G.S. datant du 27 juin 1996 précise [24], qu'à titre exceptionnel, et en cas de nécessité thérapeutique (contre-indication, inadaptation des traitements de substitution par la méthadone ou le SUBUTEX[®]), la prescription du sulfate de morphine pourra être poursuivie après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil.

La mention "concertation avec le médecin conseil" devra alors être portée sur l'ordonnance extraite du carnet à souches.

III) LEGISLATION DES MEDICAMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE DETOURNES

De nombreux médicaments sont utilisés par les toxicomanes à des fins détournées. Le pharmacien se doit donc de limiter ces dérives à l'aide de la législation.

Cette législation varie selon le classement des médicaments sur la liste I, II ou sur la liste des stupéfiants ; toutefois, un certain nombre de mesures restent communes.

1/ DISPOSITIONS COMMUNES

1.1 - CLASSEMENT

Le classement des médicaments sur la liste I, II ou sur la liste des stupéfiants a lieu par arrêté du Ministre chargé de la santé. Lorsqu'un médicament comprend plusieurs substances relevant d'un classement différent, il est soumis au régime le plus strict selon l'ordre décroissant suivant : **stupéfiant, liste I, liste II** (Art. R 5190 du C.S.P.). [31]

1.2 - DETENTION

L'ensemble de ces médicaments doit être détenu dans un lieu où le public ne peut accéder librement (Art. R 5191 du C.S.P.). [31]

1.3 - MENTIONS DE L'ORDONNANCE

Toute ordonnance composée de ces médicaments doit indiquer certaines mentions obligatoires :

- **concernant le prescripteur** : nom, adresse, qualité, signature, date de rédaction de l'ordonnance
- **concernant le malade** : nom, prénom, âge, sexe
(s'il s'agit d'un animal : numéro d'identification, nom, prénom, adresse du propriétaire)
- **concernant les médicaments** : dénomination du produit, posologie, quantité prescrite, durée du traitement, nombre de renouvellements

Sur les commandes pour usage professionnel, doit figurer la mention "usage professionnel" à la place du nom du malade (Art. R 5194 du C.S.P.). [31]

1.4 - DELIVRANCE

Les pharmaciens ne peuvent délivrer ces médicaments que sur prescription ou commande à usage professionnel émanant soit :

- d'un médecin,
- d'un chirurgien dentiste, pour l'usage de l'art dentaire
- d'un docteur vétérinaire pour la médecine vétérinaire
- d'une sage-femme dans certaines limites (listes limitatives) (Art. R 5194 du C.S.P.) [31]

1.5 - ENREGISTREMENT

Les pharmaciens sont tenus avant chaque délivrance de transcrire les produits délivrés "sans blanc, rature, ni surcharge sur un registre" prévu à cet effet ou les enregistrer immédiatement au moyen de tout autre système approuvé par le Ministère de la santé.

Cependant, l'utilisation du registre reste obligatoire pour les produits stupéfiants et les préparations magistrales.

Chaque inscription comprend les mentions suivantes :

- Numéro d'ordre différent pour chaque médicament
- Nom, adresse du prescripteur
- Nom, adresse du malade, ou du détenteur de l'animal ou la mention "usage professionnel"
- Date de délivrance
- Dénomination du médicament
- Quantités délivrées

Il ne peut être délivré en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois (Art. R 5198 du C.S.P.). [31]

Certaines mentions doivent être reportées ensuite sur l'ordonnance ou le bon de commande, à savoir :

- le timbre de l'officine
- le numéro d'ordre (numéro d'enregistrement sur le registre)
- la date d'exécution
- les quantités délivrées (Art. R 5199 du C.S.P.) [31]

1.6 - RENOUELEMENT

Le renouvellement n'est possible qu'après "*un délai déterminé résultant de la posologie et des quantités précédemment délivrées*" (Art. R 5202 du C.S.P.). [31]

A chaque renouvellement doit correspondre un nouvel enregistrement et les mêmes mentions citées précédemment doivent être reportées sur l'ordonnance. (Art. R 5202 du C.S.P.). [31]

2/ DISPOSITIONS PARTICULIERES

2.1 - LES OPIACES

a) Classés en liste I ou II⁽¹⁾

☞ Quelques spécialités⁽²⁾ :

✓ Citons quelques médicaments analgésiques opiacés classés en liste I ou II et susceptibles d'être détournés.

Dextropropoxyphène	ANTALVIC® DIANTALVIC®
Codéine	KLIPAL® DAFALGAN CODEINE® LINDILANE® EFFERALGAN CODEINE® ALGISEDAL®
Dihydrocodéine	DICODIN LP®

✓ Notons plus particulièrement le cas de l'élixir parégorique utilisé comme antidiarrhéique. [52]

L'élixir parégorique ou teinture d'opium benzoïque est inscrit sur la liste I des substances vénéneuses depuis 1988 (arrêté du 8 décembre 1988 paru au J.O. du 5 janvier 1989) suite à un usage détourné. Avant cette date et depuis sa mise sur le marché en 1970, ce produit était en vente libre. Les toxicomanes avaient alors mis au point une technique pour recueillir l'opium contenu dans l'élixir afin de pouvoir se l'injecter ensuite par voie intraveineuse.

Cette déclaration d'un toxicomane de 23 ans en témoigne : [2]

"Chaque jour, j'achetais 5 flacons d'élixir parégorique. Je les vidais dans une casserole et je faisais bouillir en installant au dessus de la casserole une assiette inclinée. De la morphine relativement pure se condensait sur l'assiette et glissait dans un récipient posé à côté. En 4 à 5 heures, j'en recueillais suffisamment pour mes 10 injections quotidiennes..."

(1) L'ensemble des mesures qui vont suivre sont également applicables aux substances non opiacées classées en liste I ou II.

(2) Liste non exhaustive.

Aujourd'hui, reste sur le marché l'ELIXIR PAREGORIQUE A 50 % LIPHA®. La teinture d'opium benzoïque y est coupée par 50 % de sirop simple, ce qui empêche l'obtention de l'opium par évaporation, le sucre chauffé se transformant en caramel.

☞ **Signalement de la liste :**

L'emballage extérieur des médicaments doit comporter un filet coloré sous la dénomination de la spécialité. Ce filet sera de couleur rouge pour les médicaments classés en liste I et vert pour ceux relevant de la liste II (Art. R 5207 du C.S.P.). [31]

☞ **Renouvellement :**

Tout médicament relevant de la liste I ne peut être renouvelé que sur indication écrite du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement.

Tout médicament inscrit sur la liste II peut être renouvelé quand le prescripteur ne l'a pas expressément interdit. L'ensemble de ces renouvellements ne peut toutefois être exécuté que dans la limite de 12 mois.

b) En vente libre

☞ **Quelques spécialités⁽¹⁾:**

✓ La plupart des médicaments concernés sont des antitussifs, voire quelques antalgiques.

☞ **Antitussifs⁽²⁾ :**

Dextrométorphan	AKINDEX® Sirop
	CAPSYL® Capsules
	DEXIR® Sirop
	NODEX® Sirop
	TUXIUM® Capsules
Noscapine	TUSSISEDAL® Sirop
Pholcodine	DENORAL® Sirop
	TROPHIRES® Sirop
Codéine ⁽²⁾	NEOCODION® Comprimés, Sirop
Codéthyline ⁽²⁾	CODETHYLINE® Comprimés

(1) Liste non exhaustive

(2) Les antitussifs contenant de la codéine ou de la codéthyline sont très nombreux (voir annexe n° 6).

➔ Antalgiques :

Codéine	CLARADOL CODEINE®
	CODOLIPRANE®
	ORALGAN CODEINE®
	PANADOL CODEINE® COMPRALGYL®

☞ Exonération :

Certains médicaments bien que contenant des substances classées sur la liste I ou II ne sont pas soumis aux obligations relevant de ce classement. Il y a lieu d'exonération lorsque les quantités ou les concentrations du médicament considéré sont inférieures ou égales à celles indiquées dans des tableaux fixés par arrêté, de même que sous les formes désignées (arrêté du 22 janvier 1957 : art. 1er). [31]

En effet, comme le stipule l'article R 5192 du C.S.P., les concentrations maximales de substances que ces médicaments renferment, leur voie d'administration et leur composition sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la santé.

Quelle que soit leur forme, les préparations à base des substances inscrites sur les listes I et II ne sont exonérées que si le poids de la substance vénéneuse remise au public est inférieur ou égal à celui prévu dans les tableaux d'exonération. D'autre part, selon qu'il s'agit d'une préparation divisée en prises ou non, la dose limite par unité de prise (en grammes) et/ou la concentration maximale pour 100 g doivent être inférieures ou égales à celles fixées par arrêté (arrêté du 22 janvier 1957 : art. 2).

L'ensemble de ces exonérations ne sont pas prévues pour les solutés injectables (Art. 4).

Il est à noter que les exonérations des bases sont applicables à celles de leurs sels à raison de la quantité de base à laquelle ils correspondent. (Art. 6)

☞ Cas de la codéine :

La codéine est une substance classée sur la liste I. Quelle que soit sa forme pharmaceutique ou sa voie d'administration, la quantité maximale remise au public (fixée par arrêté) est de 0,3 grammes soit 300 mg.

Pour une préparation non divisée en prises, la concentration maximale pour 100 g est de 0,10 g ; la dose limite par unité de prise est de 0,02 g.

Prenons l'exemple concret du NEOCODION® en comprimés :

Chaque comprimé contient 25 mg de camphosulfonate de codéine soit 14,92 mg de codéine base. La vente au public d'une boîte de 20 comprimés représente donc 298,40 mg de codéine base. D'après l'arrêté précité, il est donc contraire à la législation de délivrer plus d'une boîte de NEOCODION®.

c) Classés sur la liste des stupéfiants

☞ Quelques spécialités⁽¹⁾ :

✓ La plupart des spécialités concernées sont des antalgiques majeurs.

Morphine	MOSCONTIN® 10 mg, 30mg, 60 mg, 100 mg SKENAN LP® 10 mg, 30mg, 60 mg, 100 mg
Péthidine	DOLOSAL®
Dextromoramide	PALFIUM®
Pentazocine	FORTAL®

☞ Approvisionnement :

Le pharmacien peut se procurer ces substances stupéfiantes contre remise à un établissement détenteur de 2 volets foliotés extraits d'un carnet à souches. Ces carnets à souches sont imprimés et répartis par l'ordre national des pharmaciens.

Remarque : ce dernier informe annuellement chaque inspection régionale des pharmacies des carnets délivrés dans la région.

Le volet n° 1 mentionne les nom et adresse de l'acquéreur, sa signature et la date de la commande. La dénomination des produits commandés et leur quantité sont désignées en toutes lettres. Ce volet sera conservé par le fournisseur.

Le volet n° 2 ne comprend que les nom et adresse de l'acquéreur. Il devra être complété par le fournisseur avant d'être renvoyé, sans délai à l'acquéreur. En effet, celui-ci devra préciser la quantité réellement délivrée assortie du numéro de sortie au registre du fournisseur, la date de livraison et sa signature.

L'ensemble de ces volets doit être conservé pendant 3 ans par le pharmacien acquéreur (Art. R 5210 du C.S.P.). [31]

(1) Liste non exhaustive

☛ Détention :

Les mesures de sécurité imposées pour la détention des stupéfiants ont considérablement été renforcées par un nouvel arrêté du 22 février 1990 (J.O. du 07 juin 1990). [31]

"Les substances et préparations classées comme stupéfiants doivent être détenues dans des armoires ou locaux fermant à clé, et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé contre toute tentative d'effraction". (Art. 1er)

Tout stupéfiant trouvé en dehors desdits locaux sera saisi.

☛ Modalités de prescription :

Il est interdit de prescrire et par là même d'exécuter des ordonnances comportant des substances stupéfiantes en nature.

La rédaction des ordonnances comprenant des stupéfiants doit être faite sur des feuilles spéciales extraites d'un carnet à souches d'un modèle déterminé par le Ministre de la santé (Art. R 5212 du C.S.P.). [31]

L'arrêté du 22 février 1990 précise les caractéristiques de ces carnets.

✓ Ils seront de couleur différente selon le praticien :

↳ bleu clair pour les docteurs vétérinaires

↳ mauve clair pour les chirurgiens dentistes

↳ rose pour les médecins hospitaliers, à usage exclusif des consultations externes de l'hôpital

↳ blanc pour les médecins autres qu'hospitaliers exerçant la médecine de soins

↳ jaune pour les autres médecins

✓ Le papier de l'ordonnance et de la souche comportera en filigrane un caractère vertical visible par transparence.

✓ Chaque carnet comportera 5 ou 25 ordonnances.

✓ Sur chaque ordonnance, devront figurer en rouge le cachet de l'ordre concerné et le numéro d'inscription à l'ordre du praticien, le numéro de série du département de délivrance du carnet.

✓ Sur la couverture du carnet doit figurer le texte des articles L 627, R 5212, R 5194, R 5213, R 2215 du C.S.P.

Ces carnets à souches sont imprimés et répartis par les différents ordres nationaux (ordre des médecins, des vétérinaires, des chirurgiens-dentistes). Ceux-ci doivent adresser annuellement un relevé nominatif des carnets délivrés à chaque inspection régionale de la pharmacie.

Le prescripteur doit indiquer en toutes lettres la quantité prescrite (le nombre d'unités thérapeutiques, la dose ou la concentration).

Chaque souche de carnet doit être conservée 3 ans par les différents praticiens.

En cas de perte ou de vol, le praticien doit en informer sans délai les autorités de police, l'inspection régionale de la pharmacie et le conseil de l'ordre concerné (Art. R 5212 du C.S.P.). [31]

☛ Durée de prescription :

Les durées de prescription varient en fonction des substances stupéfiantes considérées.

D'après le décret du 29 décembre 1988, les durées de prescription pouvaient alors être de 7 ou 60 jours. Le décret n° 92-963 du 10 septembre 1992 a ensuite instauré la règle des 7, 14 et 28 jours, règles encore valables aujourd'hui. Les produits anciennement régis par la règle des 60 jours l'ont été alors par celle des 28 jours ; celle des 7 jours continue à s'appliquer pour les produits relevant antérieurement de cette règle.

Aujourd'hui, les durées de prescription de ces substances stupéfiantes sont modifiées par deux nouveaux arrêtés des 13 mars 1995 (J.O. du 5 avril) et du 6 septembre 1995.

Evolution des durées de prescription des médicaments classés comme stupéfiants

Tableau n° 4

	Arrêté du 10 septembre 1992	Modifications de l'arrêté du 10 septembre 1992
Règle des 7 jours	PALFIUM® inj PALFIUM® cp DOLOSAL® inj FORTAL® inj CHLORHYDRATE DE MORPHINE® inj	CHLORHYDRATE DE METHADONE ⁽¹⁾ Sirop
Règle des 14 jours	<i>Morphine ou ses sels non injectables</i> MOSCONTIN® cp 10, 30, 60, 100 mg SKENAN® LP gél. 10, 30, 60, 100 mg Préparation buvable à base morphine	
Règle des 28 jours	Fénétylline CAPTAGON® cp Pentazocine FORTAL® cp contenant au maximum 45 mg de principe actif (exprimé en base anhydre) (Liste non exhaustive)	Sulfate de morphine par voie orale soit : (2) MOSCONTIN® cp 10 mg 30 mg 60 mg 100 mg (2) SKENAN® LP gél 10 mg 30 mg 60 mg 100 mg (3) CHLORHYDRATE DE MORPHINE® administré à l'aide de systèmes actifs pour perfusion

(1) Arrêté du 23 janvier 1995

(2) Arrêté du 6 septembre 1995

(3) Arrêté du 13 mars 1995

D'après l'article R 5213 du C.S.P., il est interdit de prescrire des médicaments classés comme stupéfiants pour une durée supérieure à 7 jours.

Toutefois, cette durée peut être portée à 14 ou 28 jours pour certains médicaments désignés par arrêté du Ministre de la Santé (Cf. Tableau n° 4 p. 75).

Selon le cas, une telle ordonnance ne peut être exécutée que pendant les 7, 14 ou 28 jours qui courent à compter de la date de rédaction et seulement pour la durée de prescription restant à courir.

Tout renouvellement est interdit.

Le chevauchement de 2 ordonnances prescrivant des stupéfiants est aussi interdit sauf si le prescripteur le demande expressément en faisant état sur l'ordonnance de la prescription antérieure.

☞ Exécution de l'ordonnance :

Sur les ordonnances prescrivant des stupéfiants doivent être apposées par le pharmacien les mentions citées par l'article R 5199 du C.S.P. (voir Dispositions communes p. 69).

L'ordonnance du carnet à souches doit être conservée 3 ans par le pharmacien. Enfin, une copie doit être remise au client avec la mention "Copie" et deux barres transversales.

Si le client n'est pas le malade, ou est inconnu du pharmacien, celui-ci doit demander une justification d'identité dont il reportera les références sur l'ordonnancier (Art. R 5214 du C.S.P.). [31]

☞ Comptabilité :

La législation prévoit en effet l'enregistrement des mouvements de stupéfiants sur un registre spécial de comptabilité des stupéfiants coté et paraphé par le Maire ou le Commissaire de police. Ce registre comporte 2 parties : une pour la comptabilité des substances, l'autre pour les spécialités. Pour chacune d'elles, doivent être mentionnées les entrées, les sorties et la balance.

L'article R 5217 du C.S.P. précise les règles à suivre :

- ✓ L'inscription des entrées se fait dès réception ; elle comporte la date, la désignation des produits, leur quantité, le nom et l'adresse du fournisseur.
- ✓ L'inscription des sorties et la balance se font mensuellement.
- ✓ Chaque titulaire d'un registre spécial procède annuellement à l'inventaire du stock, par pesées et décomptes.
- ✓ Ce registre doit être conservé 10 ans à partir de la dernière mention.

☛ Commande pour usage professionnel :

Chaque praticien (médecin, docteur vétérinaire, chirurgien-dentiste, sage-femme) peut commander des stupéfiants à la pharmacie afin de constituer une provision pour soins urgents.

L'arrêté du 22 février 1990 [31] fixe les conditions de constitution de cette provision :

- ✓ Cette provision est fixée à 10 unités de prise (Art. 1er).
- ✓ La commande doit être rédigée sur une feuille extraite d'un carnet à souches et devra comporter la mention "usage professionnel" (Art. 2).
- ✓ Le renouvellement de la provision ne pourra être effectué qu'au vu des prescriptions d'urgence mentionnant les noms des bénéficiaires, les quantités de produits utilisés et la date des soins (Art. 3).
- ✓ Le praticien ne peut passer commande qu'auprès d'un pharmacien domicilié dans sa commune ou à défaut dans la commune la plus proche (Art. 4).
- ✓ Le praticien doit déclarer au Conseil de l'Ordre dont il dépend le nom du pharmacien auprès duquel il s'approvisionne (Art. 4).
- ✓ Le pharmacien doit adresser trimestriellement un relevé à l'inspecteur régional de la pharmacie mentionnant le nom des praticiens qu'il a approvisionnés avec les quantités délivrées.

d) Cas particulier du TEMGESIC® - buprénorphine 0,2 mg

Il a été décrit en Europe, dès le début des années 80, des détournements d'usage à visée toxicomaniaque concernant le TEMGESIC® [54]. En effet, les comprimés de TEMGESIC® après dissolution, sont alors fréquemment utilisés par voie intraveineuse.

L'Organisation Mondiale de la Santé a donc proposé dès 1989 des mesures réglementaires à l'encontre de ce médicament.

En France, c'est l'arrêté du 10 septembre 1992 (J.O. du 20 septembre 1992) qui a réglementé la prescription et la délivrance du TEMGESIC® par voie orale (Voir annexe n° 4) :

- ✓ Ce médicament restera inscrit sur la liste I mais devra suivre un nouveau régime ; il devra être prescrit sur un bon extrait d'un carnet à souches sur lequel les quantités devront être inscrites en toutes lettres (Art. 1er).
- ✓ La délivrance ne pourra se faire que sur présentation du bon que le pharmacien devra conserver pendant 3 ans (Art. 2).

- ✓ Le conditionnement de cette spécialité devra comporter la mention "liste I. Prescription sur carnet à souches" (Art. 3).
- ✓ Etant inscrit en liste I, il pourra être prescrit pour une durée d'un mois et il sera renouvelable uniquement sur indication écrite du prescripteur. Le nombre de renouvellements ou la durée du traitement ne pourront être supérieurs à 12 mois. [41]
- ✓ Le TEMGESIC® n'a pas à être stocké avec les stupéfiants et n'est pas assujéti à une comptabilité spéciale.
- ✓ Le pharmacien peut s'approvisionner sans utiliser les volets foliotés de son carnet à souches.

2.2 - LES PSYCHOTROPES

a) Quelques spécialités⁽¹⁾

Parmi les psychotropes, on distingue plusieurs familles susceptibles d'être détournées de leur usage.

☞ Les barbituriques :

Sécobarbital (liste des stupéfiants) supprimé depuis 1990

Butobarbital	BUTOBARBITAL DIPHARMA® Suppositoires
Amobarbital	DOLSOM® cp
Vinylbital	OPTANOX® cp
	SUPPOPTANOX® Suppositoires

☞ Les benzodiazépines (BZD) :

L'ensemble de ces spécialités appartient à la liste I des substances vénéneuses. Ces molécules ont entre autres des propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques.

✓ Hypnotiques :

Triazolam	HALCION® cp ⁽²⁾
Flunitrazépam	ROHYPNOL® cp

(1) Liste non exhaustive.

(2) La durée de prescription de ce médicament ne peut être supérieure à deux semaines.

✓ Anxiolytiques :

Diazépam	VALIUM® cp
Clorazépate dipotassique	TRANXENE® cp
Lorazépam	TEMESTA® cp
Oxazépam	SERESTA® cp

☞ Les carbamates :

Ce sont des molécules anxiolytiques.

Méprobamate	EQUANIL® cp
Fébarbamate + difébarbamate + phénobarbital	ATRIUM® cp

La plupart de ces substances sont absorbées par voie orale le plus souvent en association avec de l'alcool.

b) Durée de prescription

Comme le précise l'art. R 5208 du C.S.P., la durée de prescription habituelle (12 mois) des médicaments relevant de la liste I ou II peut être réduite par arrêté du Ministère de la Santé pour des raisons de santé publique. Cette décision peut être prise notamment pour des substances à potentiel psychoactif, voire de substances psychotropes après avis des conseils nationaux de l'ordre des médecins, des pharmaciens et de la commission des stupéfiants et des psychotropes.

Ainsi a été fixé l'arrêté du 7 octobre 1991 (J.O. du 21 novembre 1991) [31] visant à réduire la durée de prescription de certaines substances à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques.

✓ Toute substance ou médicament à propriété hypnotique inscrite sur la liste I à des doses et concentrations non exonérées ayant comme indication thérapeutique l'insomnie, ne peut être prescrite et donc délivrée pour une durée supérieure à 4 semaines (Art. 1er).

✓ Toute substance ou médicament à propriété anxiolytique inscrite sur la liste I à des doses et concentrations non exonérées ne peut être prescrite pour une durée supérieure à 12 semaines (Art. 2). (Voir Annexe n° 7)

✓ L'arrêté du 18 Août 1992 (J.O. du 4 septembre 1992) précise que le conditionnement extérieur de ces médicaments doit comporter respectivement les mentions suivantes :

☞ "Ce médicament ne peut être prescrit pour une durée supérieure à 4 semaines"

☞ "Ce médicament ne peut être prescrit pour une durée supérieure à 12 semaines"

Si une spécialité comprend à la fois une substance anxiolytique et hypnotique, ce médicament suivra la législation des médicaments à propriétés hypnotiques, soit une durée maximale de prescription de 4 semaines.

c) Nouvelle mesure pour le ROHYPNOL 2mg[®]

Suite à un usage abusif et détourné du ROHYPNOL 2mg[®] (BZD hypnotique) par les toxicomanes [38], ce médicament vient d'être retiré de la vente à l'officine ; sa délivrance est désormais exclusivement réservée au secteur hospitalier.

Le ROHYPNOL 1mg[®] reste quant à lui disponible en officine de ville.

d) Cas du SURVECTOR[®] amineptine

Cet antidépresseur non imipraminique, non IMAO (inhibiteur de la mono-amine oxydase) fait l'objet d'une surconsommation chez les toxicomanes en raison de ses propriétés amphétaminiques [53].

Face à cette constatation, l'agence du médicament a interdit en France toute publicité concernant ce médicament (J.O. du 26 mars 1994).

2.3 - AUTRES SUBSTANCES

a) Les solvants

Une autre forme de toxicomanie s'est développée en France depuis les années 70 : celle du "SNIFF". Cette toxicomanie consiste en l'inhalation par voie nasale de solvants.

L'un des solvants le plus incriminé et touchant de près le pharmacien est l'éther. Auparavant en vente libre, l'éther est inscrit sur la liste II des substances vénéneuses par arrêté du 26 juin 1984. [59]

Il s'agit désormais d'un produit non remboursable par la Sécurité Sociale et ne pouvant être délivré que sur présentation d'une ordonnance.

D'autres solvants ont aussi été détournés et sont donc dorénavant réglementés : c'est le cas du toluène inscrit en liste II par arrêté du 8 juin 1984, ou du trichloréthylène qui est interdit à la vente aux mineurs par arrêté du 4 mai 1985. [59]

b) Cas particulier : RESPILENE® zipéprol

L'usage abusif du RESPILENE® sirop (antitussif non opiacé) pour ses effets psychodysléptiques a conduit le législateur à classer la substance active responsable, le zipéprol sur la liste des stupéfiants (anciennement inscrite en liste II) : arrêté du 11 octobre 1995 paru au J.O. du 28 octobre 1995. [40]

Cette molécule peut être responsable, à forte dose, de convulsions mortelles. [51]

Le RESPILENE® toujours commercialisé contient à présent un autre antitussif : la pholcodine.

CHAPITRE II

ENQUÊTE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE
DU LIMOUSIN

INTRODUCTION

Il existe, sans aucun doute, des difficultés d'appréhension et de connaissance épidémiologique de la toxicomanie en France. Les différentes statistiques actuellement disponibles sont dispersées et se réfèrent à des définitions différentes du terme "toxicomanie". Aujourd'hui, on ne peut pas parler de "toxicomanie" mais bien de "toxicomanies" au pluriel, car à chaque drogue, à chaque pratique, à chaque individu correspond une toxicomanie différente [25].

Ainsi, derrière le mot drogue, on sous-entend souvent l'héroïne, la plus dangereuse des drogues dites dures ; or, pour les statistiques issues des services de police, les drogues sont fonction de leur aspect illicite (héroïne mais aussi cannabis). Pour les intervenants en toxicomanie, les médicaments détournés de leur usage font aussi partie du champ des drogues. [1]

Selon l'origine des statistiques, on aura donc des variantes non négligeables.

Le recensement des toxicomanes à travers les structures sanitaires et sociales reste imprécis car il ne tient pas compte de ceux suivis dans les services de long ou moyen séjour, dans les urgences ou par des médecins libéraux. Enfin, certains toxicomanes n'ont sans nul doute aucun contact avec les structures de soins et restent, soit marginalisés, soit relativement peu intégrés dans la société.

Certaines statistiques proviennent également des services de police ou de gendarmerie, des tribunaux mais pour l'ensemble de toutes ces données, il s'agit avant tout de rapports d'activité de services et non de données recueillies dans un but de connaissance épidémiologique.

Ces données ne permettent donc qu'une estimation indirecte et partielle de l'ensemble des toxicomanes.

↳ Aussi, dans le but de renforcer la surveillance épidémiologique, nous proposons une nouvelle approche de la toxicomanie en Limousin, à partir de l'étude des demandes effectuées par les toxicomanes auprès des pharmaciens d'officine.

↳ Ce travail nous avait paru d'autant plus pertinent que l'évolution actuelle de la législation conduit le pharmacien à occuper une place privilégiée dans la prise en charge du toxicomane.

A - PRESENTATION DE L'ENQUÊTE

I) METHODOLOGIE

1/ OBJECTIFS DE L'ENQUETE

- Poursuivre et enrichir, dans le cadre de l'O.R.S., la surveillance épidémiologique de la toxicomanie en Limousin grâce à de nouveaux indicateurs recueillis auprès des pharmaciens d'officine.
- Apprécier le phénomène à travers le recueil de données quantitatives et qualitatives.
- Déterminer la nature des demandes des toxicomanes.
- Etablir le besoin des pharmaciens en matière de formation et d'information.
- Définir leur attitude et leur opinion face à la toxicomanie.

2/ PROTOCOLE

↪ Une recherche bibliographique nous a permis de réaliser une synthèse des nombreux travaux abordant le problème de la toxicomanie en officine.

↪ Une enquête à visée descriptive, transversale et exhaustive a été réalisée auprès des titulaires d'officine de la région Limousin (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne).

2.1 - CONSTITUTION D'UN COMITE DE PILOTAGE

Ont participé à ce comité :

- ♦ Madame CHABERNAUD-LEFLON : *Pharmacien Inspecteur Régional*
- ♦ Monsieur le Professeur HABRIOUX : *Professeur à la faculté de Pharmacie de Limoges*
- ♦ Monsieur LARTIGUE : *Pharmacien, Trésorier de l'Ordre Régional des Pharmaciens*
- ♦ Mademoiselle LEYLAVERGNE : *Etudiante en Pharmacie*
- ♦ Monsieur le Docteur OCHOA : *Directeur de l'O.R.S. du Limousin*
- ♦ Monsieur PARVEAU : *Président de l'Ordre Régional des Pharmaciens*
- ♦ Madame SAGNES-RAFFY : *Interne de Santé Publique*

Le comité de pilotage, grâce à sa pratique professionnelle, a eu pour rôle de réfléchir sur le protocole général de l'enquête et de discuter les différents items proposés à travers la première ébauche du questionnaire.

2.2 - ELABORATION D'UNE BASE DE SONDAGE

Toutes les d'officines du Limousin ont été recensées par l'intermédiaire de l'Ordre Régional des Pharmaciens.

Cette étude prend en compte les pharmaciens titulaires (section A) et les pharmaciens assistants (section D). Afin de conserver l'anonymat des réponses tout en affinant notre étude, nous avons demandé aux pharmaciens de se situer géographiquement parmi les 4 rubriques suivantes :

- 1 - Grande ville
- 2 - Commune péri-urbaine
- 3 - Commune rurale
- 4 - Commune urbaine

De manière à faciliter le choix de celles-ci, une liste de villes et communes avait été précisée sur le guide d'utilisation du questionnaire (Annexe 8).

2.3 - LE QUESTIONNAIRE (VOIR ANNEXE 9)

Celui-ci était composé de trois parties :

a) Une grille d'observations permettant au pharmacien de recueillir, durant une semaine, différentes données :

- Fréquentation des pharmacies par les toxicomanes.
- Caractéristiques des toxicomanes rencontrés (sexe, client habituel).
- Quête du sujet toxicomane se présentant à l'officine.
- Délivrance effectuée par le pharmacien (seringues, stéribox, préservatif, médicaments). On s'est intéressé à 3 catégories de médicaments :

↳ Les médicaments en vente libre (c'est-à-dire n'appartenant ni à la liste I, II ni à la liste des stupéfiants). Ex : NETUX®.

↳ Les médicaments sur ordonnance (c'est-à-dire appartenant à la liste I ou II et donc nécessitant la présentation d'une ordonnance pour leur délivrance). Ex : ROHYPNOL®.

↳ Les médicaments sur carnet à souches (c'est-à-dire appartenant à la liste des stupéfiants et nécessitant ainsi la présentation d'une ordonnance extraite d'un carnet à souches pour leur délivrance). Ex : PALFIUM®.

Pour chacun d'eux, les différentes modalités de demande et de délivrance ont été étudiées :

- Si toute ou partie de la demande n'a pas été délivrée, on parlera de refus global. Il nous a paru alors intéressant d'étudier les caractéristiques de ce refus global.
- Si la quantité délivrée est nulle quelle que soit la quantité demandée, on parlera de refus total de délivrance.
- Si la quantité délivrée est la même que celle demandée, la délivrance sera dite "totalement honorée".

- Relation entre pharmacien et toxicomane (demande de conseils, aide proposée, dialogue).

Le pharmacien avait pour tâche de remplir une nouvelle ligne de la grille à chaque passage d'un client toxicomane⁽¹⁾.

b) Un second volet quantitatif complétant les informations obtenues à l'aide de la grille de recueil.

c) Une dernière partie qualitative interrogeant le titulaire d'officine sur :

- Son attitude face à la clientèle toxicomane,
- Son point de vue sur l'évolution de la législation,
- Ses souhaits de formation et d'information sur le problème de la toxicomanie.

2.4 - INFORMATION ET SENSIBILISATION DES PHARMACIENS

Un premier courrier expliquant les objectifs de l'étude a été envoyé par le président du Conseil Régional de l'Ordre (annexe n° 10). Un deuxième courrier (31 mai 1995) expliquant le déroulement de l'enquête a été envoyé par le directeur de l'O.R.S. du Limousin. (Annexe n° 11)

2.5 - TEST DU QUESTIONNAIRE PROVISOIRE

Ce questionnaire a été testé par une dizaine de pharmaciens ; ceci afin de vérifier la bonne compréhension des questions et permettre la mise au point du questionnaire définitif.

(1) Nous avons choisi de ne considérer comme toxicomane que les sujets ayant une demande de médicaments ou de produits à visée toxicomaniaque (seringue, stéribox, NEOCODION® ; ceci dans le souci d'homogénéiser le remplissage de cette grille).

2.6 - ENQUETE PAR VOIE POSTALE

Elle a consisté à l'envoi d'un questionnaire anonyme aux pharmacies du Limousin ; le recueil de l'ensemble des questionnaires s'effectuant au moyen d'une enveloppe T.

Un seul questionnaire a été prévu par officine, rempli conjointement dans le cas de co-titulaires.

3/ CALENDRIER

- | | |
|----------------------|--|
| Mars - Avril 95 | ① Recherche bibliographique.
Elaboration du protocole.
Rédaction du projet et d'un 1 ^{er} questionnaire. |
| 04 Mai 95 | ② Réunion du Comité de Pilotage |
| 05 au 10 Mai 95 | ③ Remodelage du questionnaire en fonction des remarques du comité. |
| 10 au 15 Mai 95 | ④ Prise de contact téléphonique avec une dizaine de pharmaciens
- présentation de l'étude (objectifs, déroulement...)
- recueil de leur accord pour tester la bonne compréhension et la pertinence du questionnaire. |
| 15 au 26 Mai 95 | ⑤ Envoi des questionnaires : période de test du questionnaire provisoire.
Récupération des questionnaires auprès des pharmaciens :
- sur Limoges : visite à l'officine
- hors Limoges : contact téléphonique |
| Autour du 29 Mai 95 | Elaboration du courrier expliquant les objectifs et le déroulement de l'étude.
Envoi des courriers aux pharmaciens du Limousin par l'intermédiaire des répartiteurs. |
| 29 Mai au 02 Juin 95 | Mise au point du questionnaire définitif suite aux différentes remarques recueillies.
Envoi des questionnaires pour relecture au Comité de Pilotage. |

11 Juin 95 ⑥ Envoi des questionnaires aux pharmaciens.

19 au 25 Juin 95 ⑦ Semaine d'enquête.

4/ SAISIE DES RESULTATS ET TRAITEMENT STATISTIQUE

La saisie et le traitement des données ont été effectués avec le logiciel Epi Info (Version 5.01). L'analyse statistique a permis d'obtenir les moyennes, les écarts-types et les fréquences de distribution des différentes variables étudiées.

II) DIFFICULTES RENCONTREES

D'un point de vue méthodologique, le chapitre "difficultés rencontrées" concernant une enquête n'est généralement traité que lors de la discussion. Ici, le chapitre a été volontairement inséré avant la présentation des résultats pour permettre au lecteur de conserver un oeil critique tout au long de l'exposé et pour qu'il sache que ces lacunes ont été prises en compte par la suite. Certaines réflexions et critiques seront toutefois développées de façon plus approfondie lors de la discussion.

Parmi les difficultés rencontrées, on remarque que :

☞ 354 questionnaires ont été envoyés dans les pharmacies du Limousin et seulement 92 réponses nous sont parvenues, soit un taux de réponse de 26 %.

☞ L'anonymat des questionnaires avait été volontairement choisi afin de respecter la libre expression des pharmaciens sur un sujet aussi polémique. En contrepartie, une relance était difficilement réalisable.

Toutefois, devant ce faible taux de réponse, il nous a paru indispensable d'effectuer une relance téléphonique après tirage au sort d'une soixantaine de pharmacies dans la liste dont nous disposions.

Suite à cette relance, 15 réponses supplémentaires ont été recueillies soit un total de 107 questionnaires.

B - RESULTATS DE L'ENQUÊTE

Les résultats chiffrés de cette étude seront présentés de façon descriptive ; mises à part quelques remarques, les éventuels commentaires s'y rapportant feront, ultérieurement, l'objet d'une réflexion sur le rôle du pharmacien d'officine face à la toxicomanie (Chapitre III).

Différents tableaux ou graphiques viendront illustrer le texte, voire le compléter.

La présentation de ces résultats aura lieu suivant l'ordre du questionnaire (grille d'observation, volet quantitatif, volet qualitatif), afin de permettre au lecteur de garder un fil conducteur.

I) GENERALITES

Le Limousin comprend 354 pharmacies sollicitées de façon exhaustive pour cette étude. Seules 107 réponses nous sont parvenues après une relance téléphonique, soit un taux de réponses de 30 %.

Le faible taux de réponses, malgré la sensibilisation des pharmaciens par le Conseil Régional de l'Ordre montre la difficulté de cet exercice et incite à la prudence pour l'interprétation des résultats. Toutefois, cette étude est la première de ce type à être réalisée en Limousin auprès des pharmaciens d'officine.

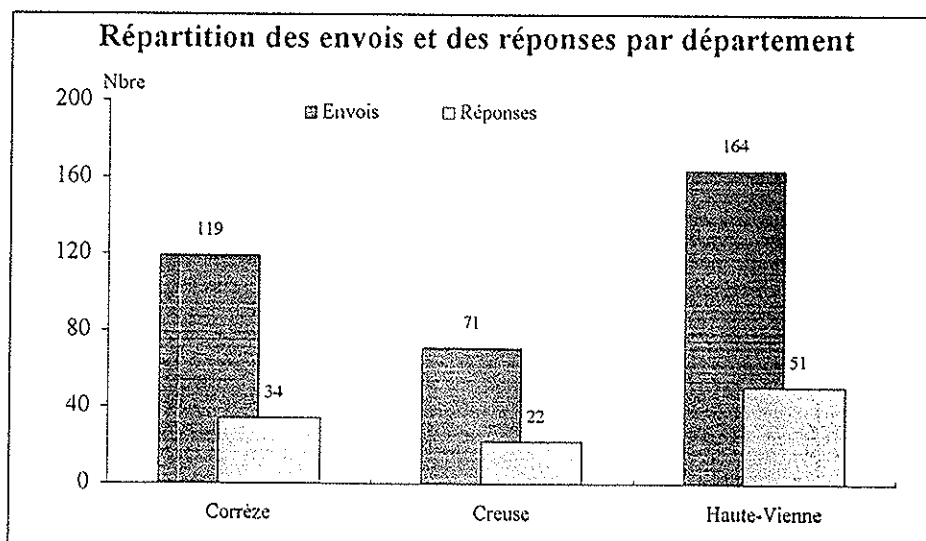
Même si elle comprend certaines imperfections, elle est une première estimation du phénomène toxicomanie dans les officines de la région, et permet de rendre compte des difficultés rencontrées par les pharmaciens face aux toxicomanes.

II) CARACTERISTIQUES DES PHARMACIES ETUDIEES

1/ LIEU D'EXERCICE

1.1 - DEPARTEMENT

Le nombre d'officines est respectivement plus important en Haute-Vienne, qu'en Corrèze et qu'en Creuse. La Corrèze, avec un taux de réponses de 28,5 % de réponses, présente un taux inférieur aux deux autres départements (31 %).

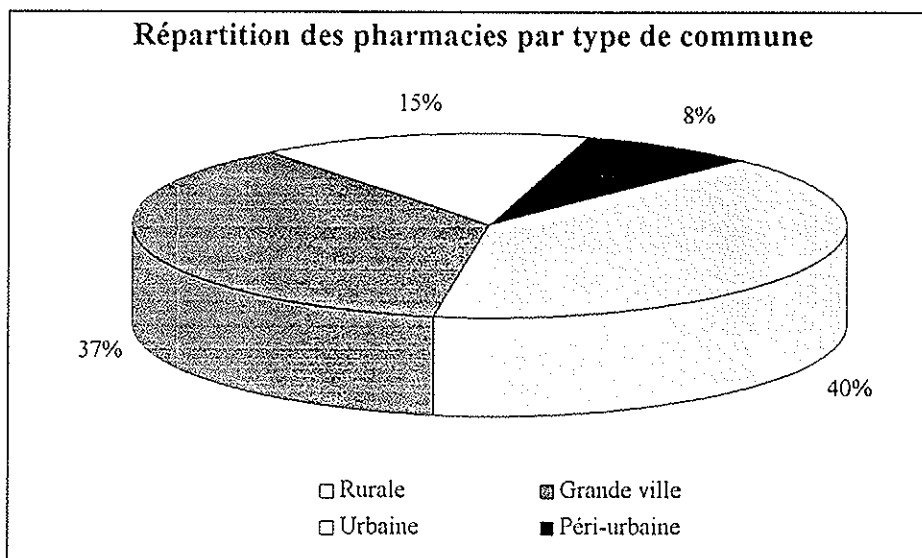


Répartition des taux de réponses par département

	Taux de réponses %
Haute-Vienne	31
Corrèze	28,5
Creuse	31

1.2 - TYPE DE COMMUNE

40 % des pharmacies ayant répondu se situent en zone rurale et 37 % dans les grandes villes.



1.3 - QUARTIER

Dans 64,5 % des cas, une autre pharmacie existe dans la même localité et seulement 10 % des pharmaciens estiment être installés dans un quartier dit "à risque".

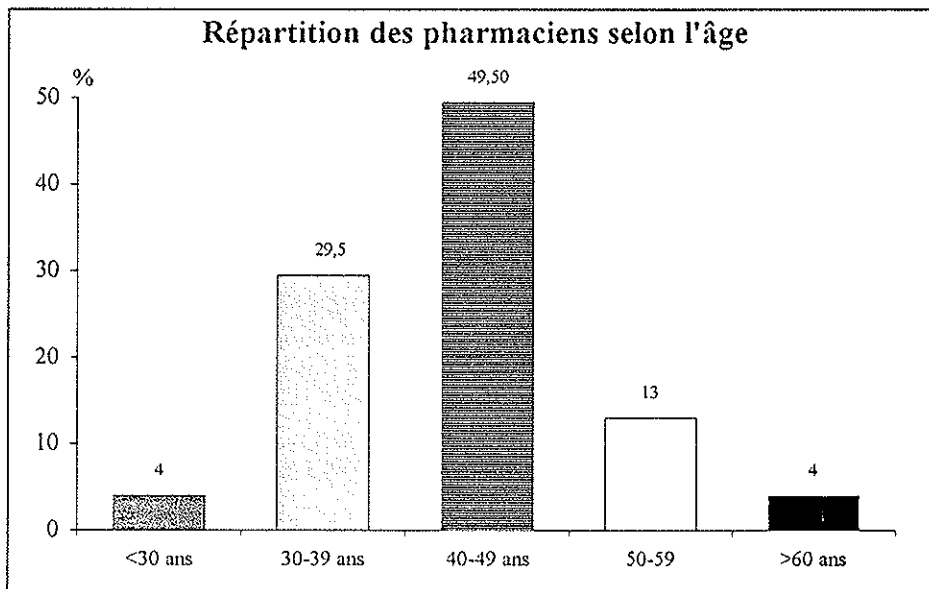
L'existence d'une autre pharmacie dans la même localité semblerait donc atténuer l'impression de quartier dit "à risque". En effet, devant un refus quelconque du pharmacien, le toxicomane peut alors s'orienter vers l'officine voisine.

2/ PHARMACIENS

55 % des pharmaciens ayant répondu au questionnaire sont de sexe masculin contre 43 % de sexe féminin (2 % de non réponse).

49,5 % des pharmaciens sont âgés de 40 à 49 ans et 79 % ont entre 30 et 49 ans (2 % de non réponses).

Il est à remarquer que dans 68 % des cas, le questionnaire a été rempli par le titulaire de l'officine puis par l'assitant (13 %) et enfin conjointement pour 8,5 % d'entre eux.

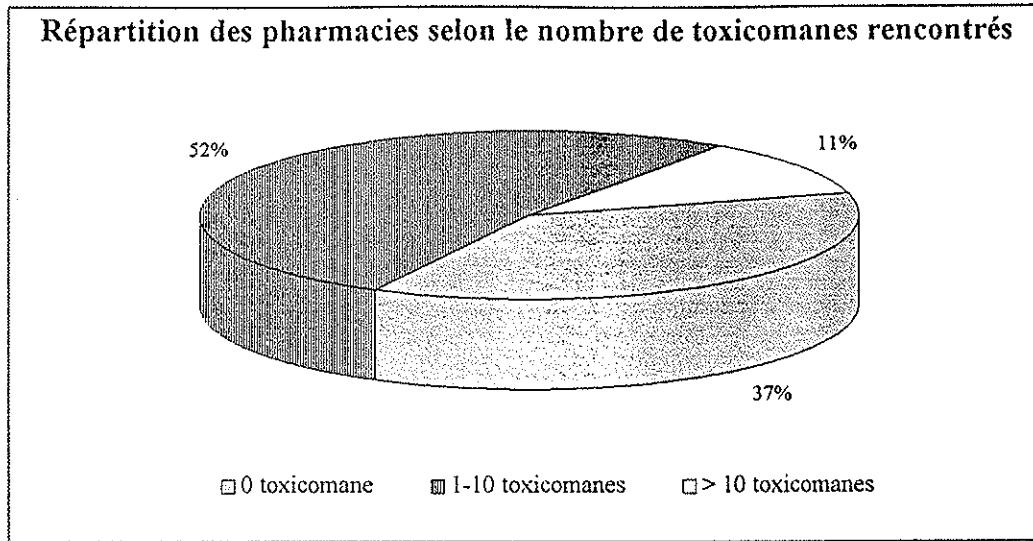


III) GRILLE D'OBSERVATIONS

1/ TOXICOMANE

438 toxicomanes se sont présentés pendant cette semaine dans une des 107 pharmacies, soit une moyenne de 4 toxicomanes environ par pharmacie avec un écart-type voisin de 7. Ce dernier traduit une grande disparité de fréquentation selon les officines. Notons plus particulièrement le cas d'une officine qui a répertorié 55 toxicomanes... (Cf. Graphique p. 95)

Ces sujets toxicomanes sont pour 74 % de sexe masculin et généralement des clients habituels (62 %), c'est-à-dire appartenant à la clientèle. Ces clients dits "habituels" viennent significativement moins souvent à la pharmacie les jours de garde. 32 toxicomanes sont venus à la pharmacie un jour de garde (7 %).

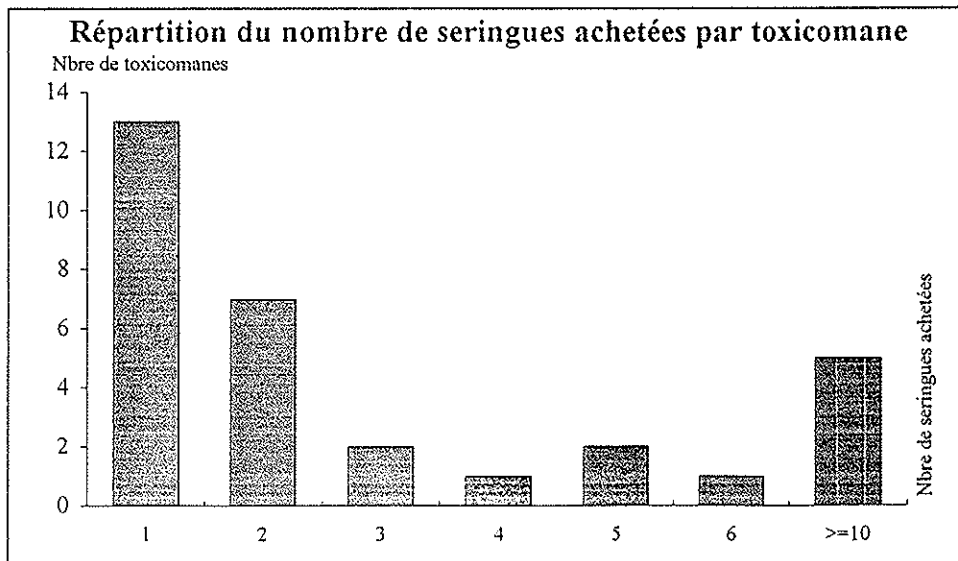


2/ PRODUITS DELIVRES

2.1 - SERINGUES

Globalement, 174 seringues ont été vendues pendant la semaine d'enquête à 31 toxicomanes. Elles sont le plus souvent achetées à l'unité (13 cas) avec cependant deux demandes étonnantes de 30 et 60 seringues. Une seule demande de seringue a eu lieu un jour de garde.

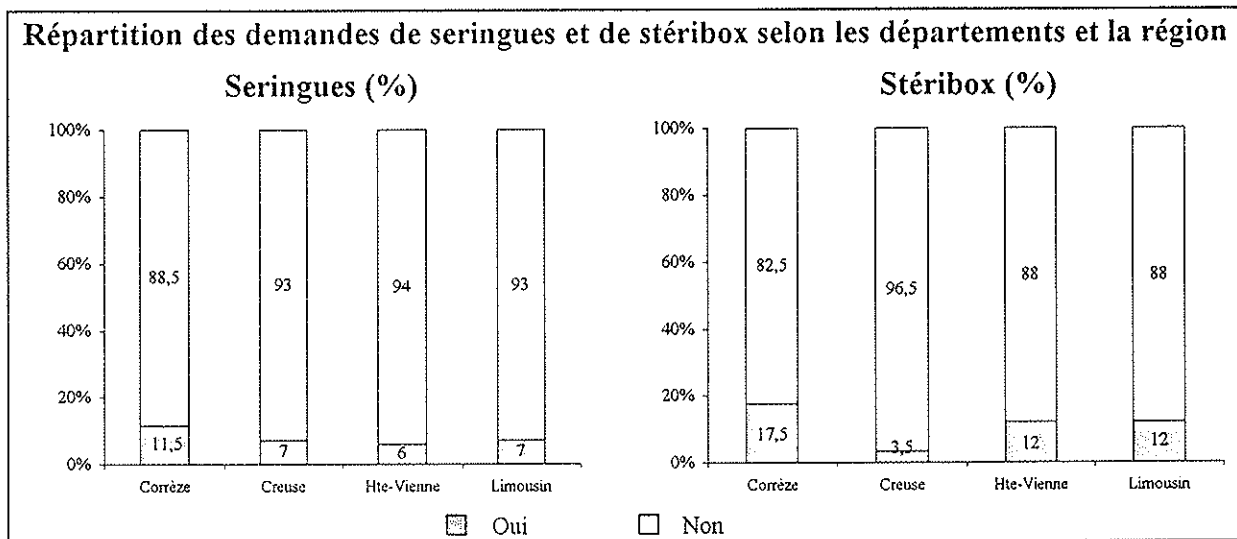
87 % des demandes ont été observées dans les grandes villes contre 3 % en milieu rural (10 % des demandes étant effectuées dans les communes urbaines et péri-urbaines).



2.2 - STERIBOX

60 Stéribox ont été également vendus (soit l'équivalent de 120 seringues). L'achat s'effectue comme pour les seringues, généralement à l'unité (45 cas), plus rarement par 2 (6 cas) ou par 3 (1 cas). Pour 52 demandes de stéribox, une seule a eu lieu un jour de garde.

D'autre part, la demande est très inégale selon les 3 départements mais elle reste toutefois majoritaire dans les grandes villes (86,5 %).



2.3 - PRESERVATIFS

Seulement 4 préservatifs ont été achetés sur cette période (le préservatif contenu dans le stéribox n'est pas pris en compte).

Remarque : Cette faible demande peut s'expliquer d'une part par le fait que les pharmaciens n'ont pas l'exclusivité de cette vente et d'autre part, que l'achat d'un préservatif ne permet pas d'identifier un client comme étant toxicomane.

3/ MEDICAMENTS DEMANDES ET DELIVRES

3.1 - MEDICAMENTS EN VENTE LIBRE

389 médicaments en vente libre ont été demandés et seulement 361 ont été délivrés soit un refus global⁽¹⁾ de délivrance de 7 %.

(1) Voir méthodologie p. 87.

Ce refus a été total⁽¹⁾ (aucune délivrance) dans 4 % des cas seulement et la délivrance a été totalement honorée dans 92 % des cas.

La délivrance à l'unité reste majoritaire (90 %). (Cf. Tableau A : Annexe 12).

3.2 - MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE

57 médicaments nécessitant une ordonnance ont été demandés et seulement 53 ont été délivrés soit un refus global⁽¹⁾ de délivrance de 7 %.

Dans 9 % des cas, ce refus est total⁽¹⁾, et à l'inverse, la délivrance est totalement honorée⁽¹⁾ pour 83 % des cas. (Cf. Tableau B : Annexe 12).

3.3 - MEDICAMENTS SUR CARNET A SOUCHES

168 médicaments de ce type ont été demandés et seulement 116 ont été délivrés soit un refus global⁽¹⁾ de délivrance de 31 %.

Ce refus est total⁽¹⁾ pour 19 % des cas. La délivrance reste entièrement honorée⁽¹⁾ dans 81 % des cas. (Cf. Tableau C : Annexe 12).

3.4 - MEDICAMENTS DEMANDES UN JOUR DE GARDE

La demande de médicaments la plus fréquente un jour de garde reste celle des médicaments en vente libre, soit 67 % des demandes.

Il n'existe pas de différence significative entre le refus de délivrance et la variable "jour de garde".

Répartition des médicaments demandés un jour de garde

	Nombre	%
Médicaments en vente libre	20	67
Médicaments sur ordonnance	8	26
Médicaments sur carnet à souches	2	7
Total	30	100 %

(1) Voir méthodologie p. 87.

3.5 - BILANS

La demande principale des toxicomanes concerne donc les médicaments en vente libre (63 % de la demande globale des médicaments), puis secondairement les médicaments sur carnet à souches (27 %). Ces derniers restent paradoxalement assez demandés malgré la rigueur de la législation les concernant et leur délivrance en quantité demandée reste élevée.

Pourcentage de délivrance et de refus de délivrance en fonction des 3 catégories de médicaments demandés

	Médicaments en vente libre		Médicaments sur ordonnance		Médicaments sur carnet à souche	
	demandés	délivrés	demandés	délivrés	demandés	délivrés
Nombre	389	361	57	53	168	116
Refus global* de délivrance (%)	7		7		31	
Refus total* de délivrance (%)	4		9		19	
Délivrance totalement honorée* (%)	92		83		81	

* Cf. Méthodologie : le questionnaire p. 87

Le pourcentage de refus global de délivrance des médicaments sur ordonnance est identique à celui des médicaments en vente libre alors serait-ce que l'usage détourné des médicaments sur ordonnance soit mal connu des pharmaciens ou que leur prescription médicale obligatoire rende difficilement décelable leur usage toxicomane ?

De plus, la détection d'ordonnances falsifiées apparaît difficile.

Le refus de délivrance ne diffère significativement pas avec le sexe du toxicomane, ni avec la variable "client habituel".

4/ RELATION PHARMACIEN - TOXICOMANE

4.1 - DEMANDE DE CONSEILS

13 toxicomanes (soit 3 %) ont profité de leur passage à l'officine pour obtenir des conseils. Il s'agit généralement de clients habituels. La demande de conseils a lieu uniquement lors de la demande de médicaments et notamment de médicaments en vente libre. Ni seringues, ni stéribox n'ont occasionné ce type de requête.

4.2 - AIDE PROPOSEE

Le pharmacien a proposé son aide au toxicomane dans 4 % des cas, essentiellement lors de la demande de médicaments (19 aides proposées dont 9 lors de demande de médicaments en vente libre), mais aussi à l'occasion d'une délivrance de stéribox et de seringue (2 aides proposées dans chaque cas). Cette aide s'est adressée à un client habituel le plus souvent (77,5 %).

4.3 - DIALOGUE

Il a pu s'instaurer dans 18 % des cas. Il s'installe avec les clients habituels de la pharmacie et semble plus fréquent avec les toxicomanes de sexe masculin. Ce dialogue est le plus fréquent lors de la demande de médicaments en vente libre (48 cas) et médicaments sur carnet à souches (14 cas).

Remarque : Il semblerait que le stéribox n'ait pas permis plus de dialogue que la vente des seringues.

Etude de la relation pharmacien / toxicomane en fonction des produits ou médicaments délivrés

	Demande de conseils		Aide proposée		Dialogue	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Stéribox	0	0	2	9,5	6	7,5
Seringues	0	0	2	9,5	7	9
Médicaments en vente libre	9	70	9	43	48	61
Médicaments sur ordonnance	2	15	4	19	4	5
Médicaments sur carnet à souches	2	15	4	19	14	17,5
Total	13	100 %	21	100 %	79	100 %

N.B. : Dans ce tableau, 21 aides proposées sont répertoriées. En réalité, seulement 19 ont été observées. En effet, une même aide a pu être proposée pour la demande concomitante de 2 produits ou médicaments, elle a donc été comptabilisée 2 fois (de même, pour la fréquence des dialogues : 79 sont ici répertoriés contre 77 réellement établis).

4.4 - BILAN

Les échanges entre le pharmacien et son client toxicomane semblent relativement peu fréquents. L'aide proposée par le pharmacien n'est guère plus élevée que la demande de conseils par le toxicomane.

Toutefois, un taux non négligeable de pharmaciens n'ont pas répondu à ces 3 questions, ce qui laisse présager un certain malaise face à une communication difficile. Celle-ci paraît toutefois facilitée lorsqu'il s'agit de clients habituels.

% de demandes de conseils, d'aides proposées et de dialogues recueillis

	Demande de conseils		Aide proposée		Dialogue	
	N	%	N	%	N	%
Oui	13	3	19	4	77	18
Non	336	77	282	65	259	59
N.R. ⁽¹⁾	89	20	137	31	102	23
Total	438	100 %	438	100 %	438	100 %

IV) VOLET QUANTITATIF

De manière à ne pas surcharger la grille d'observations, nous avons choisi de recueillir certaines données quantitatives complémentaires.

Par ailleurs, nous avons jugé utile de distinguer parmi les pharmaciens, ceux confrontés dans leur exercice professionnel au problème de la toxicomanie et ceux qui ne le sont pas. Ainsi, les questions précédées du sigle Φ ont été sélectionnées afin de permettre aux pharmaciens non confrontés d'exprimer leur opinion sur ce problème.

En résumé :

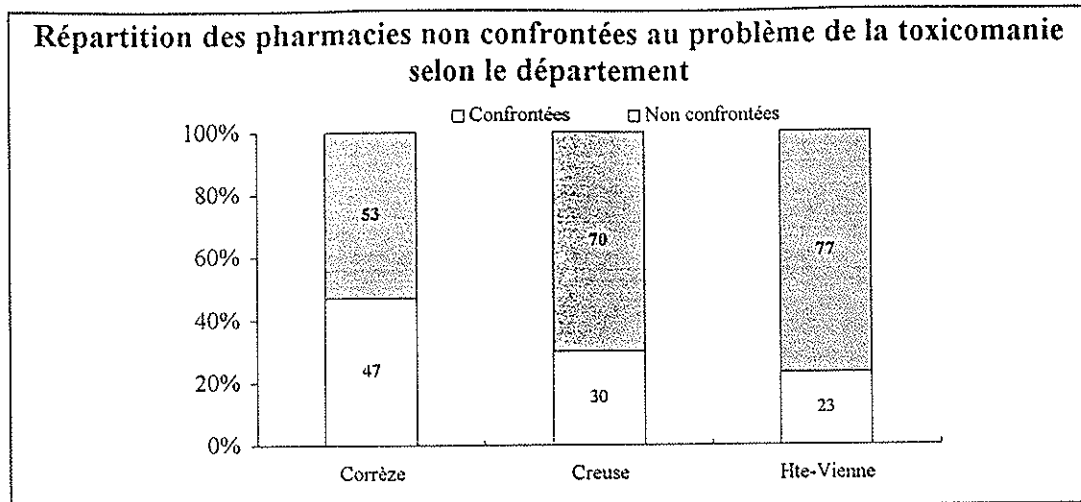
- questions précédées du sigle Φ : questions destinées à tous les pharmaciens.
- questions non précédées du sigle : questions destinées uniquement aux pharmaciens confrontés à la toxicomanie.

Nous avons conservé cette démarche tout au long de l'exposé des résultats.

Remarque : Sur les 107 pharmacies ayant répondu au questionnaire, 28 % estiment ne pas être confrontées au problème de la toxicomanie dans l'exercice de leur profession.

Ces 30 pharmacies réparties inégalement sur les 3 départements sont en majorité situées en zone rurale (77 %).

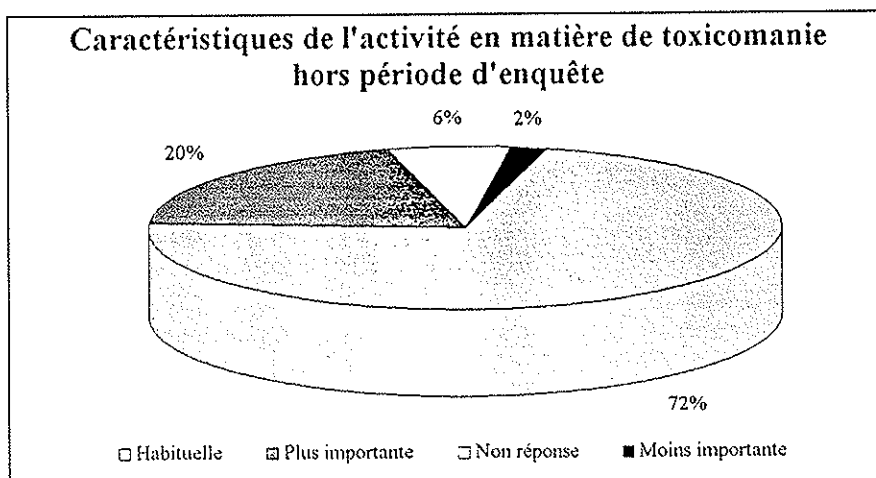
(1) N.R. : non réponse.



Le fait d'être confronté ou non au problème de la toxicomanie ne semble pas lié à l'âge ni au sexe du pharmacien.

1/ VALIDITE DE LA SEMAINE ENQUETEE

La semaine enquêtée reflète l'activité habituelle de la pharmacie en matière de toxicomanie dans 72 % des cas ; 20 % des pharmaciens estiment que leur clientèle toxicomane est plus importante en temps ordinaire contre 2 % qui considèrent le contraire (6 % n'ont pas répondu).



2/ SERINGUES

2.1 - PRIX DE VENTE

Le prix de vente des seringues varie entre 1 et 4 Francs. La moyenne est de 2,35 Francs (écart type : 0,50) et le mode de 2,20 Francs⁽¹⁾.

(1) Prix de vente le plus fréquemment cité.

Prix de vente des seringues selon la pharmacie

Prix (Francs)	Nombre	%
< 2,17	22	35
2,17 ou 2,20	14	22
> 2,20	27	43
Total	63	100 %

Remarque : Les seringues à insuline à usage unique (2 ml) se présentent à l'officine par boîte de 20 (Insulino-pack®). Elles sont sous-conditionnées par sachet de 10. Le prix de vente est de 43,40 Francs soit un prix unitaire de 2,17 Francs. [64]

2.2 - DECONDITIONNEMENT POUR LA VENTE

Le déconditionnement pour la vente s'effectue dans 64 % des cas. Un pourcentage non négligeable de pharmaciens (26 %) affirme toutefois vendre ces seringues sans les déconditionner, c'est-à-dire par boîte de 20 ou sachet de 10 (10 % de non réponses). Peut-être pourrait-on penser que ce refus de déconditionner est utilisé dans un but dissuasif pour le toxicomane.

3/ STERIBOX

3.1 - PRIX DE VENTE

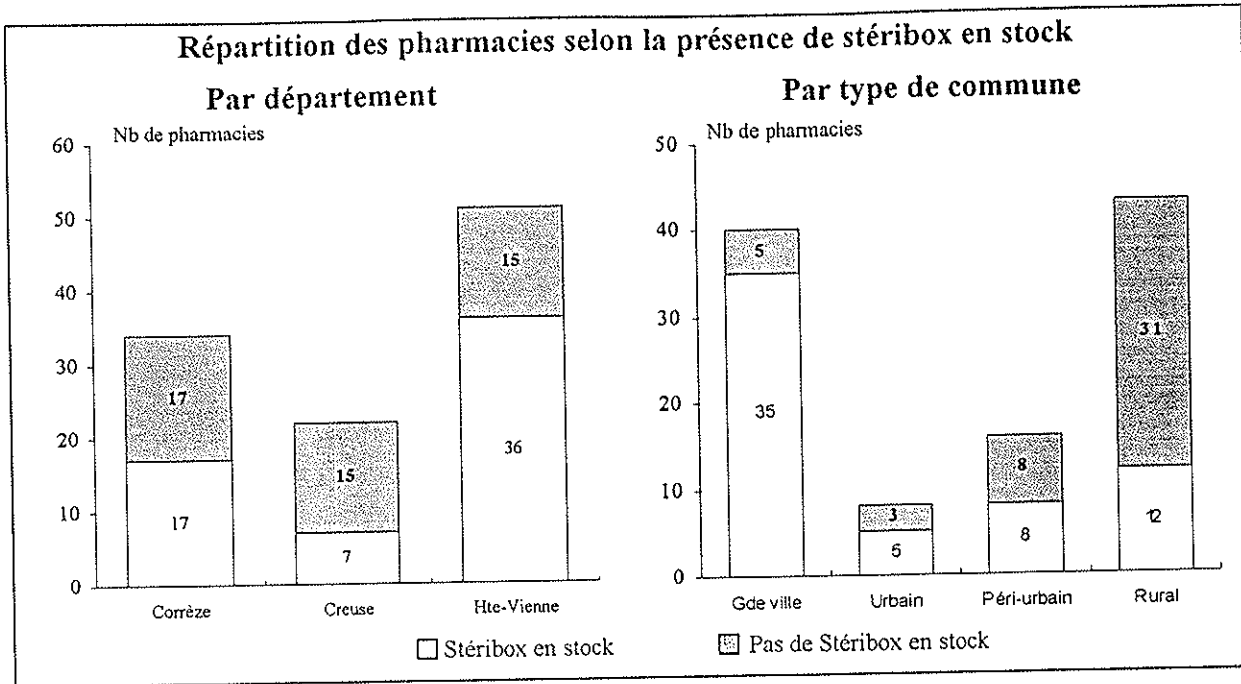
Le prix de vente des stéribox varie entre 4,50 et 12 Francs. La moyenne est de 5,15 francs (écart type = 1) et le mode⁽¹⁾ est de 5 francs.

Remarque : Le prix de vente conseillé est de 5 Francs.

3.2 - STOCK

56 % des officines disposent de stéribox en stock au moment de l'enquête (6,5 % de non réponse). La majorité de ces officines sont situées en Haute-Vienne et dans les grandes villes. En effet, 70 % des pharmacies de Haute-Vienne possèdent des stéribox contre 28 % seulement des pharmacies rurales.

(1) Prix de vente le plus fréquemment cité.



4/ MEDICAMENTS DETOURNES DE LEUR USAGE

↳ Connaissant l'engouement des toxicomanes pour le TEMGESIC® et le NEOCODION®, nous avons délibérément choisi de n'enquêter que sur les autres médicaments afin de déceler d'éventuels détournements moins bien connus des pharmaciens. De plus, l'utilisation prochaine de la buprénorphine (principe actif du TEMGESIC®) comme produit de substitution nous a conduits à exclure ce médicament du champ de notre enquête. (voir chapitre I, B - Mesures relatives aux traitements de substitution).

↳ L'ensemble des médicaments cités (Annexe 13) peuvent être organisés en 4 classes médicamenteuses :

a) Produits à base de codéine ou de ses dérivés :

On remarque que pour 79,5 % des citations, il s'agit de produits à base de codéine ou de ses dérivés, notamment la codéthyline.

Les 4 médicaments les plus incriminés de cette classe sont (Annexe 14) :

NETUX®	37 % des citations
CODETHYLINE HOUDE®	10 % des citations
CODOLIPRANE®	7 % des citations
BRONCHOCANIS® (<i>produit vétérinaire</i>) BIOCANINA	6 % des citations
NIVER®	6 % des citations

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'attrait des toxicomanes pour ces quatre médicaments :

- ⇒ Aucun n'est inscrit sur une liste (mis à part le BRONCHOCANIS®) ; ils sont donc en vente libre (doses de codéine ou codétyline exonérées).
- ⇒ Leur prix de vente est relativement modeste.

Concernant le NETUX® : la codéine est sous forme de base et sa fixation sur une résine catio-sulfonique ralentit sa libération intestinale en prolongeant ainsi son absorption, ce qui porte à 12 heures en moyenne sa durée d'action.

L'enquête révèle que la forme gélule serait la plus demandée (80 % des cas) : le dosage de codéine par boîte est en effet plus élevé que pour la forme suspension buvable.

Concernant le BRONCHOCANIS® : le dosage élevé de codéine dans cette spécialité est particulièrement intéressant pour les toxicomanes d'autant plus qu'il est inhabituel pour le pharmacien de considérer un produit vétérinaire comme produit détournable de son usage traditionnel.

b) Autres opiacés :

Les autres opiacés restent moins demandés que les premiers (9 %) (Voir Tableau n° 5), peut-être en raison de leur législation (nécessité d'une ordonnance ou d'un bon de toxique extrait d'un carnet à souches).

c) Psychotropes :

Les psychotropes ont été cités dans 6,5 % des cas.

d) Autres :

La catégorie "autres" comprend des médicaments très divers (amphétaminique, antitussif, antinaupathique...).

**Répartition des médicaments cités comme détournés de leur usage
selon 4 classes thérapeutiques**

Tableau n° 5 ↵ ↵ ↵ ↵ ↵ ↵

Produits à base de codéine ou de ses dérivés		Autres opiacés		Psychotropes		Autres	
Bronchocanis [®]	7	Antalvic [®]	2	Rohypnol [®]	4	Dinintel [®]	3
Codéthyline Houde [®]	12	Dexir [®]	4	Survector [®]	4	Mercalm [®]	2
Codoliprane [®]	8	Palfium [®]	4			Respilène [®]	1
Compralgyl [®]	1	Skenan [®]	1				
Dinacode [®]	5						
Eucalyptine [®]	3						
Klipal [®]	1						
Nétux [®]	45						
Niver [®]	7						
Pneumopan [®]	3						
Prontalgine [®]	2						
Quintopan [®]	1						
Terpine Gonnon [®]	1						
TOTAL	96	11	8	6			
%	79,5 %	9 %	6,5 %	5 %			

↳ La forme galénique la plus demandée est le comprimé (69 %), suivie du sirop (25,5 %), puis des solutés-gouttes-solutions et du suppositoire (1 cas de Prontalgine®).

5/ FALSIFICATION D'ORDONNANCES OU DE BONS DE TOXIQUES

Le nombre total d'ordonnances ou de bons de toxiques falsifiés est estimé à 27, ceci pour les 6 derniers mois précédant l'enquête et pour 72 pharmaciens confrontés à la toxicomanie.

21 % de ces pharmaciens ont rencontré de 1 à 4 falsifications durant la période considérée.

Les types de falsification décelés sont :

- Modification des posologies prescrites
- Changement de date
- Ajouts de spécialités
- Photocopie d'ordonnance
- Modification de la mention "non renouvelable"
- Modification des quantités délivrées antérieurement par le pharmacien

Remarque : Ces données sont à considérer avec précaution en raison d'un biais de mémoire probable (estimation sur 6 mois précédant l'enquête).

V) VOLET QUALITATIF

A travers ce deuxième volet, vont être étudiés, d'une part l'opinion du pharmacien face au toxicomane et à la toxicomanie en général, d'autre part ses souhaits en matière de formation et d'information.

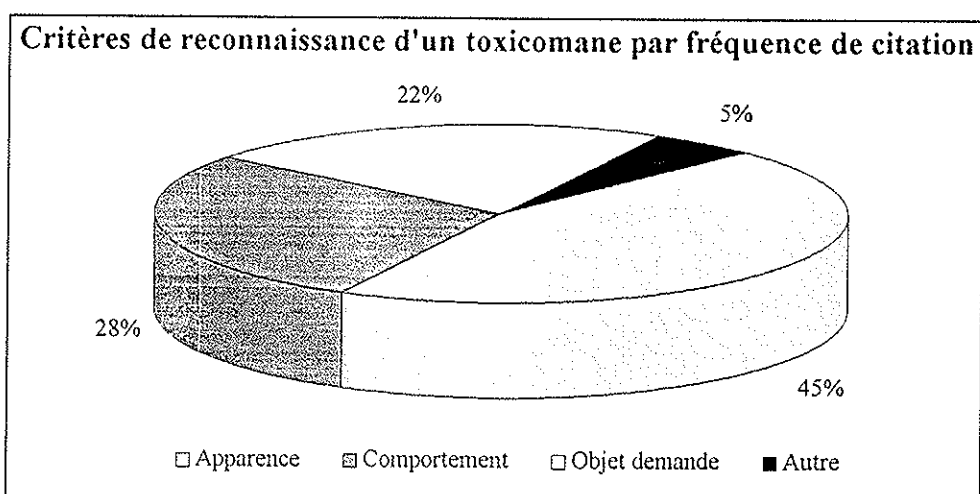
1/ PERCEPTION DU SUJET TOXICOMANE PAR LE PHARMACIEN

1.1 - CRITERES D'IDENTIFICATION DU TOXICOMANE

Nous avons volontairement choisi d'aborder cet item par le biais d'une "question ouverte"⁽¹⁾. En effet, ce type de questions n'influençant pas le sujet, il est plus aisé d'obtenir des réponses sincères et révélatrices. Toutefois, pour l'analyse des résultats, nous avons dû regrouper les différents critères cités en 4 rubriques, à savoir :

- Critères d'apparence (54 citations)
- Critères de comportement (34 citations)
- Critères d'objet de la demande (26 citations)
- Critères autres (6 citations)

D'autre part, nous avons choisi de ne retenir que 2 critères par pharmacien.



☞ On entend par critère d'apparence l'aspect physique du toxicomane. La "tenue vestimentaire", la "coiffure", le "teint", la "maigreur" ou encore "l'état des pupilles" ont pu être notés.

(1) Question ouverte : question pour laquelle aucune proposition de réponse n'est suggérée.

☞ L'étude du comportement permet semble-t-il très vite de reconnaître le toxicomane. Les pharmaciens remarquent fréquemment une *"toux simulée immédiate à l'entrée de la pharmacie"*, mais aussi une certaine *"impatience avec une agitation"* ou à l'inverse une *"attitude amorphe"*. L'irritabilité, suite à un refus de délivrance ne laisse pour certains plus aucun doute quant à l'identité du client.

☞ La nature des produits demandés et quelquefois leur quantité permettent d'identifier également le toxicomane.

40 % des pharmaciens ont cité au moins 2 critères. Les 2 critères cités conjointement par 17 % des pharmaciens sont relatifs à l'apparence et au comportement.

Les critères d'apparence restent majoritairement cités (50,5 % des citations en premier critère). Toutefois, l'un des pharmaciens remarque que la tenue vestimentaire n'est pas forcément un critère de reconnaissance : *"il existe des costards-cravates au NEOCODION®"*...

1.2 - LE TOXICOMANE EST-IL UN MALADE, UNE VICTIME, UN MARGINAL OU UN RESPONSABLE ?

Le toxicomane est perçu le plus souvent comme un malade ou une victime respectivement pour 76 % et 68 % des pharmaciens. 47 % les perçoivent à la fois malade et marginal, et 28 % les considèrent paradoxalement responsable et victime. 16 % pensent exclusivement qu'ils sont responsables. D'autres critères mentionnés dans la rubrique "autre" permettent de compléter cette approche. Certains pharmaciens éprouvent un sentiment de peur (personne *"dangereuse"*, *"délinquante"*, *"irresponsable et imprévisible"*), d'autres pensent au contraire qu'il s'agit d'une *"personne fragile, instable"*, *"un être humain en situation de détresse"* qui suite à la prise de drogues est devenu marginal par son *"comportement à haut risque social"*.

2/ SERINGUES ET STERIBOX

2.1 - LE DECRET DE 1989 ET SON RETENTISSEMENT

La législation en matière de seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales a dû subir de nombreuses modifications face à l'évolution des toxicomanies (Voir chapitre I, Evolution de la législation française depuis 1970).

C'est ainsi que le décret n° 89-560 concernant la libéralisation de leur vente (pour les majeurs uniquement) a été mis en place.

Notre étude révèle que 80 % des pharmaciens estiment ce décret adapté à l'évolution des problèmes liés à la toxicomanie. Cette mise en vente libre des seringues semble en effet avoir apporté des changements dans la relation pour 34 % des pharmaciens confrontés à la toxicomanie. Ceux-ci estiment que la conversation avec le toxicomane est engagée plus souvent et certains notent des agressions moins fréquentes. Deux autres conséquences positives pour certains et négatives pour d'autres sont l'augmentation du nombre de toxicomanes par pharmacie et leur fidélisation. (Voir Chapitre III)

Mise en vente libre des seringues et ses conséquences pour les pharmaciens

	OUI (%)	NON (%)
Conversation engagée plus souvent	53	47
Augmentation du nombre de toxicomanes se présentant à la pharmacie	50	50
Diminution du nombre d'agressions	11	89
Fidélisation de la clientèle toxicomane	25	75

2.2 - GESTION DE L'INTERDICTION DE VENTE AUX MINEURS

Le décret n° 89-560 ne concerne en effet que les sujets majeurs. La difficulté pour le pharmacien est alors de gérer la vente de seringues aux mineurs ne présentant pas d'ordonnance.

Les données recueillies restent difficilement exploitables compte tenu du nombre très insuffisant de réponses (24 % de non réponse). Les mineurs toxicomanes se présentant à l'officine semblent être toutefois peu nombreux (42 % des pharmaciens n'ont jamais eu de cas).



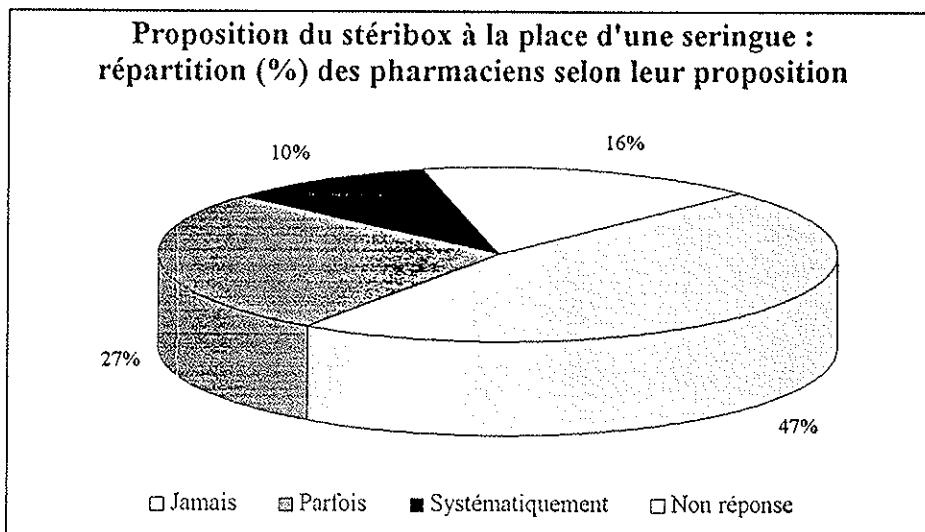
2.3 - STERIBOX : SA CONCEPTION

Ce "kit anti sida" mis sur le marché récemment (Voir Annexe n° 2) reste dans la progression des actions menées pour enrayer le fléau de la toxicomanie et ses conséquences (Sida notamment). Son utilité première reconnue par les pharmaciens semble être la prévention des pathologies infectieuses ; en revanche, son utilité pour faciliter la relation avec le toxicomane est beaucoup plus partagée. Enfin, 98 % des pharmaciens ne le considèrent pas comme une simple action commerciale (Voir Annexe n° 15).

2.4 - SERINGUES OU STERIBOX ?

Devant une demande de seringues, le pharmacien a-t-il d'ores et déjà le réflexe de proposer un stéribox ?

Cet objectif ne semble pas encore atteint puisque 47 % des pharmaciens confrontés à la toxicomanie ne le proposent jamais.



3/ PHARMACIENS ET PREVENTION DU SIDA

90 % des pharmaciens pensent avoir une action de prévention du sida en tant que professionnel de santé. (La prévention du sida concerne ici la population toute entière et pas seulement celle auprès des toxicomanes).

Le fait de penser que le stéribox n'est pas un bon outil de prévention des maladies infectieuses, ne modifie pas cette opinion, puisque 76 % des pharmaciens ayant une mauvaise opinion du stéribox pensent toutefois avoir un rôle dans la prévention du sida.

Pharmaciens et prévention du sida

Action sur la prévention du sida par :	OUI (%)	NON (%)
- la vente de seringues	75	25
- la vente de préservatifs	92	8
- l'information transmise lors de la vente	60	40
- les mesures d'asepsie conseillées	36,5	63,5

4/ ATTITUDE DU PHARMACIEN FACE A LA TOXICOMANIE

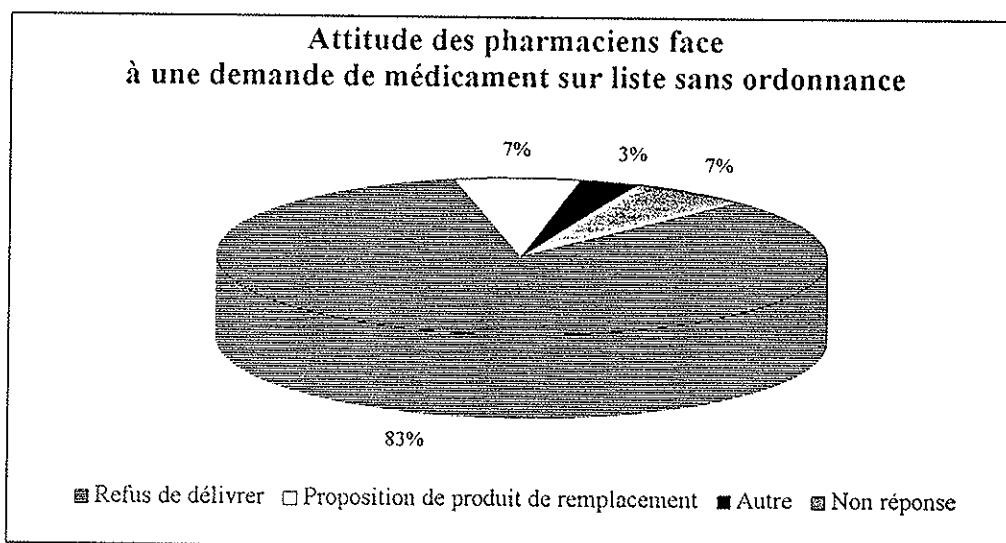
4.1 - ATTITUDE FACE A UN CLIENT SUSPECTE "TOXICOMANE"

Lorsqu'un client est soupçonné d'usage illicite de drogues, 1/3 des pharmaciens confrontés au problème de la toxicomanie n'adoptent pas de démarche spécifique et la délivrance d'une brochure ou de coordonnées de centre reste peu fréquente (12 % des cas). Le dialogue semble être tenté pour près de la moitié des pharmaciens ; toutefois, de nombreux commentaires laissent apparaître des tentatives de dialogue souvent vaines et ainsi un découragement certain de la profession.

4.2 - ATTITUDE FACE A UNE DEMANDE DE MEDICAMENTS TOXICOMANOGENES

➤ Demande de médicaments sur la liste (I ou II) sans ordonnance :

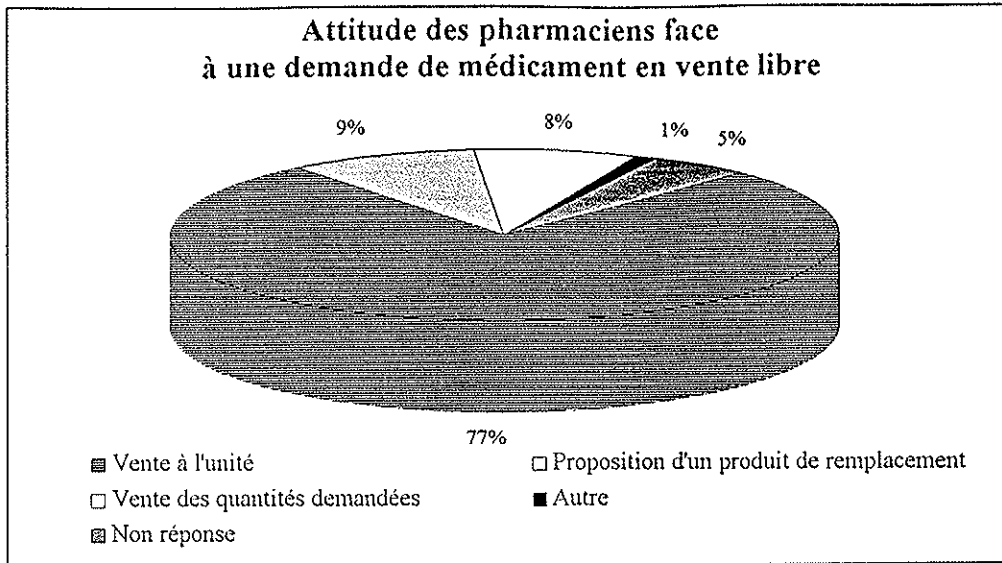
83 % des pharmaciens confrontés au problème de la toxicomanie estiment refuser la délivrance, en accord avec la législation.



➤ Demande de médicaments en vente libre :

La vente à l'unité reste majoritaire ; les doses d'exonération par conditionnement sont alors respectées. 8 % seulement des pharmaciens estiment vendre les quantités demandées, or la grille d'observation révèle une délivrance totalement honorée dans 92 % des cas.

Il semblerait exister ici une contradiction entre la pratique et la déclaration des pharmaciens...



5/ SECURITE ET INSECURITE VIS-A-VIS DE LA TOXICOMANIE

14 % des pharmaciens confrontés à la toxicomanie estiment exercer dans un quartier dit "à risque", quartier situé, dans 91 % des cas, dans une grande ville. Un sentiment d'insécurité est ressenti actuellement par 13 % des mêmes pharmaciens confrontés.

La mise en place de certaines mesures d'accompagnement de la toxicomanie n'a pas, pour plus de la moitié des pharmaciens, apporté de modification en matière de sécurité.

Toutefois, 18 % ont ressenti une appréhension moindre face au sujet toxicomane suite à la prise de ces mesures contre seulement 9 % qui ont observé une création voire une majoration du sentiment d'insécurité.

6/ PHARMACIENS ET CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

Les coordonnées d'un centre de prise en charge sont connues par 65 % des pharmaciens. Parmi eux, 40 % y ont déjà orienté quelqu'un (exclusion faite des pharmaciens non confrontés).

Il est à noter que plus de la moitié des pharmaciens non confrontés à la toxicomanie (soit 53 %) connaissent malgré tout les coordonnées de ces centres (Voir Annexe n° 16).

78 % des pharmaciens confrontés sont prêts à donner une information sur ces services.

7// FORMATION ET IMPLICATION DU PHARMACIEN VIS-A-VIS DE LA TOXICOMANIE

7.1 - FORMATION DU PHARMACIEN

Plus de la moitié des pharmaciens (59 %) s'estiment insuffisamment formés voire informés sur le problème de la toxicomanie. De ce fait, les 3/4 souhaiteraient une formation ou une information complémentaire à ce sujet et plus précisément concernant l'attitude à adopter face au toxicomane.

Thèmes de formation souhaités

	OUI (%)	NON (%)
Histoire du toxicomane (psychologie, vécu...)	41	59
Attitude à adopter face au toxicomane	88	12
Problèmes sociaux soulevés par la toxicomanie (couverture sociale...)	48	52
Effets recherchés des produits détournés de leur usage	54	46

On observe globalement un besoin non négligeable de formation d'autant plus que 48 % des pharmaciens s'estimant suffisamment formés (exclusion faite des non réponses) souhaiteraient malgré tout une formation complémentaire.

Formation ou information complémentaire

		Souhaitée N	Non souhaitée N	TOTAL N
Formation ou information	Suffisante	16	17	33
	Insuffisante	61	2	63

7.2 - IMPLICATION DU PHARMACIEN

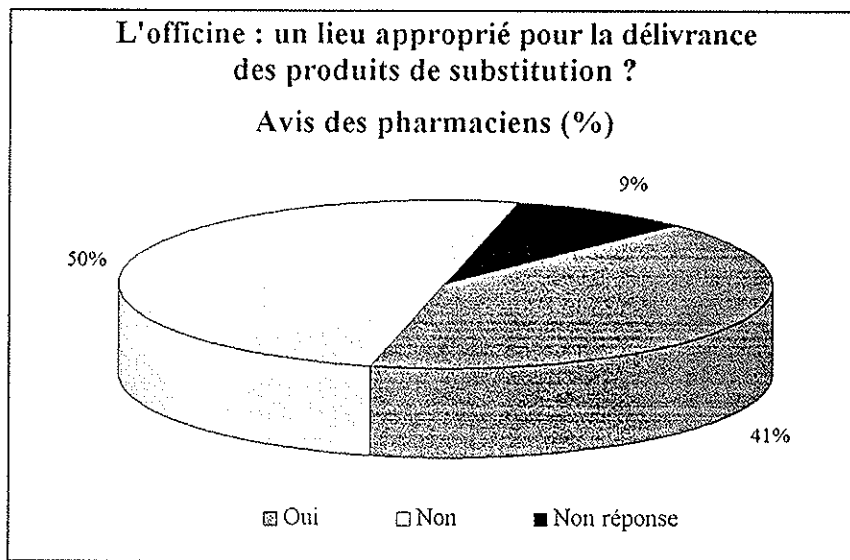
L'implication directe dans la prise en charge de la toxicomanie par la participation à un réseau semble ne pas convenir à plus de la moitié des pharmaciens (soit 53 %). L'idée d'un travail de réflexion interprofessionnelle n'est, quant à elle, souhaitée que par 39 % d'entre eux. Toutefois, il faut noter un taux non négligeable de non réponse (20 % pour le premier item et 21 % pour le second).

8/ TRAITEMENT DE SUBSTITUTION (METHADONE ET/OU BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE)

La méthadone et la buprénorphine haut dosage (SUBUTEX[®])⁽¹⁾ peuvent être dorénavant utilisés comme produits de substitution dans le sevrage aux opiacés. La méthadone notamment possède le statut de médicament et bénéficie d'une A.M.M. (autorisation de mise sur le marché) depuis mars 95.

8.1 - LA METHADONE ET SA DELIVRANCE

Les conditions de délivrance de ces 2 traitements de substitution sont connues par 79 % des pharmaciens (5 % de non réponse) mais la moitié d'entre eux pensent que l'officine n'est pas un lieu approprié pour leur délivrance.



Remarque : Environ les 2/3 des pharmaciens connaissant les conditions de délivrance de ces produits s'estiment insuffisamment formés sur les problèmes de la toxicomanie (non réponses exclues).

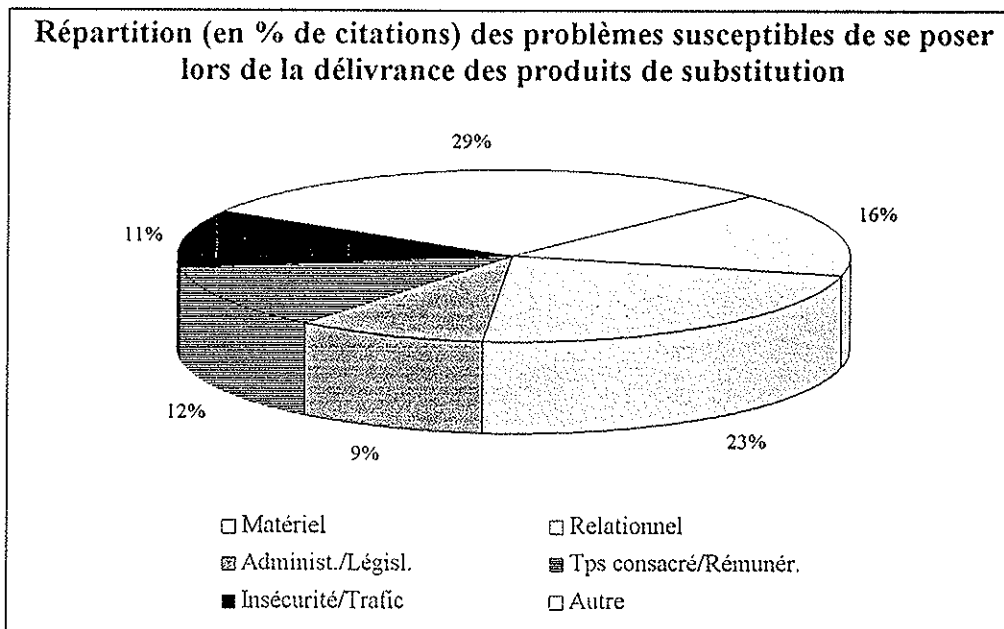
8.2 - LES PROBLEMES SOULEVES FACE A CETTE DELIVRANCE

Différents problèmes susceptibles de se présenter lors de la délivrance de ces produits nous ont été rapportés par le biais d'une question ouverte.

(1) SUBUTEX[®] fait l'objet pour l'instant d'une demande d'A.M.M. en cours d'obtention (situation au moment de l'enquête).

Nous les avons donc listé dans les 6 rubriques suivantes :

- problème matériel
- problème administratif, législatif,
- problème relationnel,
- problème de temps, de rémunération
- problème d'insécurité et trafic
- autre.



Deux critères au minimum ont été retenus par pharmacien mais 44 % d'entre eux n'ont pas répondu à cette question. Les problèmes relationnels (confidentialité difficile, "dérapiage avec les clients traditionnels"...) et les problèmes matériels (stockage, jours de fermeture...) attirent le plus l'attention des pharmaciens.

Remarque : Ces différents problèmes seront analysés plus précisément lors du chapitre III : le pharmacien face à la substitution.

C - DISCUSSION

I) LA METHODOLOGIE

1/ CHOIX DU QUESTIONNAIRE AVEC ENVOI PAR VOIE POSTALE

Ce questionnaire a été établi sur support papier et acheminé par voie postale pour de simples raisons de commodité. Une enquête sur le terrain aurait nécessité trop de temps et de moyens humains.

Toutefois, elle aurait sans doute eu le mérite de permettre l'obtention d'un taux de réponse supérieur à celui obtenu et donc de données plus significatives. En effet, une fois le questionnaire papier parvenu chez son destinataire, le sort en est jeté...

Conscients de ce problème, nous avons tenté de sensibiliser les pharmaciens par deux courriers précédents le questionnaire (Cf. Annexes n° 9 et 10).

2/ ENVOI DU QUESTIONNAIRE AUX PHARMACIES

Chaque questionnaire a été envoyé à chaque pharmacie du Limousin et non à chaque pharmacien.

Nous sommes partis du principe que toute pharmacie adoptait une politique globale en matière de toxicomanie et ceci quel que soit le nombre de pharmaciens dans l'équipe officinale.

3/ CHOIX DE LA PERIODE ENQUETEE

La période choisie pour la semaine de recueil semble avoir été peu pertinente en raison de la proximité des vacances d'été.

Ceci semble être une des raisons du faible taux de réponses obtenu.

4/ CHOIX DE L'EXHAUSTIVITE

Notre choix s'est porté sur une enquête exhaustive car le Limousin reste une région de taille relativement peu importante et présente, d'après des études antérieures, une faible prévalence en matière de toxicomanie.

5/ CHOIX DE L'ANONYMAT

Le choix de l'anonymat devait permettre la libre expression des pharmaciens sur un sujet aussi polémique et controversé que la toxicomanie. Le seul inconvénient était la difficulté d'une relance. Toutefois, une relance téléphonique a été réalisée auprès de pharmaciens tirés au sort : peu de questionnaires nous sont parvenus en supplément. L'idéal aurait été une relance systématique.


6/ TEST DU QUESTIONNAIRE PROVISOIRE

Le questionnaire provisoire a été testé auprès de pharmaciens déjà plus ou moins sensibilisés aux problèmes de santé publique, et notamment à celui de la toxicomanie et non pas auprès de pharmaciens tirés au sort. La plupart d'entre eux connaissaient de près ou de loin le problème de la toxicomanie à l'officine. Ainsi, la distinction entre pharmaciens confrontés ou non à la toxicomanie n'a pas réellement été testée.

7/ CHOIX D'UNE DATE BUTOIR

Bien que la période d'enquête ait été bien définie, aucune date limite de réponse n'avait été précisée pour le retour des questionnaires. Cependant, nous avons pris en compte l'ensemble des questionnaires reçus.

II) LE QUESTIONNAIRE

- La différenciation entre les pharmaciens confrontés et pharmaciens non confrontés à la toxicomanie semble avoir apporté une complexité au questionnaire. Ainsi, par exemple, certaines questions non précédées du sigle  ont été remplies par des pharmaciens s'estimant non confrontés à la toxicomanie. Dans ce cas, les réponses apportées n'ont pas été prises en compte.
- Au niveau de la grille d'observations, il n'a pas été mentionné comment la demande de médicaments a été effectuée, à savoir s'il y a eu présentation ou non d'une ordonnance ou d'un bon de toxique. L'indicateur "quantité délivrée" par le pharmacien est ainsi difficilement interprétable.

III) LES RESULTATS

D'ores et déjà, certains résultats recueillis sont en accord avec ceux présents dans la littérature :

◆ Le pourcentage de toxicomanes de sexe masculin est de 74 %, pourcentage voisin des données nationales.

◆ 72 % des pharmaciens estiment être confrontés à la toxicomanie et rencontrer des toxicomanes. Cette proportion est proche de celle retrouvée dans une enquête analogue réalisée dans les Pays de la Loire [63] où 80 % des pharmaciens sont sollicités par des toxicomanes.

Il est donc difficile de dire que la région Limousin n'est pas touchée par la toxicomanie d'autant plus que 20 % des pharmaciens dans notre étude estiment que la fréquentation des toxicomanes est plus élevée en temps ordinaire.

◆ Les médicaments les plus demandés sont ceux en vente libre et notamment les dérivés codéinés. Les plus incriminés (NETUX[®] cp, CODETHYLINE[®] cp, NIVER[®] sirop) dans notre enquête sont identiques à ceux répertoriés dans l'enquête "Codéine un jour" réalisée au niveau national. [60]

◆ Les pharmaciens s'estiment insuffisamment formés et informés sur la toxicomanie dans son ensemble dans plus de la moitié des cas. Cette notion est également présente dans une étude similaire de 1991 auprès des pharmaciens des Pays de la Loire. [63]

CONCLUSION

Cette enquête portant sur 107 pharmacies, situées dans les départements de Creuse, Corrèze et Haute-Vienne, ne représente qu'une photographie de la toxicomanie en Limousin à un instant bien précis.

Il est certain qu'aujourd'hui, en Novembre 1996, l'opinion de nombreux pharmaciens a pu évoluer compte tenu de la mise en application des nouvelles législations en matière de substitution notamment. Il est à noter que le SUBUTEX[®] n'était pas encore commercialisé à la date de l'enquête.

L'information apportée par cette étude doit donc être retranscrite dans son contexte.

Toutefois, cette enquête permet de compléter les données recueillies auprès des autres sources (centres sanitaires et sociaux, médecins généralistes, gendarmerie...).

Elle rend compte également très nettement des difficultés rencontrées par les pharmaciens face aux toxicomanies lors de leur pratique professionnelle.

Elle pourra éventuellement être utilisée comme point de comparaison pour d'autres enquêtes similaires ultérieures. En effet, il serait intéressant d'étudier à nouveau les mêmes indicateurs dans les années à venir afin de déceler d'éventuelles évolutions en matière de toxicomanie.

CHAPITRE III

RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

PREAMBULE

Ce chapitre a pour but de conduire à une réflexion sur le rôle du pharmacien d'officine face à la toxicomanie.

La discussion sera étayée d'une part par un certain nombre de données recueillies auprès des pharmaciens lors de l'enquête, par des propos de la presse professionnelle d'autre part et enfin par une réflexion personnelle.

A - LE PHARMACIEN FACE AUX
DEMANDES DE MEDICAMENTS

Les toxicomanes ne consomment pas que des substances illicites comme le cannabis ou l'héroïne, mais beaucoup sont polytoxicomanes et utilisent des médicaments notamment en relais ou en association avec d'autres drogues. En effet, lors d'une enquête téléphonique auprès des médecins généralistes réalisée par l'O.R.S. du Limousin [20], la toxicomanie médicamenteuse représente 31 % des cas.

I) MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

Ces médicaments en vente libre représentent dans notre étude la catégorie de médicament la plus fréquemment demandée un jour de garde ; ceci signe le caractère d'urgence et l'état de manque aux opiacés. Toutefois, il faut savoir qu'un tel état de manque n'est jamais mortel et qu'il ne nécessite nullement une délivrance d'opiacés dans l'urgence. On peut remarquer, d'après notre étude, qu'une aide est fréquemment apportée par le pharmacien lors de ces demandes (dans 43 % des cas) ; les pharmaciens semblent donc bien connaître le problème du détournement des produits codéinés à des fins toxicomaniaques. Notre enquête révèle également que quelles que soient les quantités demandées, la délivrance est fréquemment honorée.

En effet, que faire face à une demande de médicaments en vente libre type NEOCODION® ? Faut-il délivrer les yeux fermés quelle que soit la quantité demandée ? Faut-il essayer de dialoguer ou faut-il refuser catégoriquement cette délivrance ?

La première proposition est à modérer. La législation impose en effet la délivrance d'une seule boîte de NEOCODION® de façon à ne pas dépasser la dose d'exonération. Cependant, même si cette réglementation est respectée par le pharmacien, son rôle de "préservation" de la santé publique n'est pas tenu puisqu'il sait pertinemment que l'indication de l'A.M.M. et la posologie seront dépassées.

L'autre solution pour le pharmacien serait de refuser cette vente. Pour beaucoup, ce refus ne résout en rien le problème puisqu'il conduit tout simplement le toxicomane dans une autre pharmacie où la délivrance risque ici de lui être accordée. Pour d'autres, il est difficile de concevoir un refus de vente pour un médicament en vente libre. D'ailleurs, cet argument semble fort bien connu des toxicomanes...

Pourtant, l'ordonnance du 1er décembre 1986 (article 30) stipule qu'il est "*interdit de refuser à un consommateur la vente d'un produit ou la prestation d'un service, sauf motif légitime*". [32] Cette notion de "motif légitime", omise par le toxicomane, permet donc au pharmacien d'assurer pleinement son rôle d'acteur en santé publique par le refus de vente.

En effet, le pharmacien peut refuser la vente si la demande "*présente un caractère anormal de par les quantités demandées ou son aspect réitéré*" ou si elle "*émane d'un client de mauvaise foi ou dont le comportement témoigne d'une appétence inexplicable pour obtenir le produit*". [32]

Cette notion est confortée par l'article R 5015-6 du Code de Santé Publique qui stipule :

"Les pharmaciens sont tenus de prêter leur concours et de collaborer à l'oeuvre des pouvoirs publics tendant à la protection de la Santé Publique". [49]

En conclusion, il est donc du devoir du pharmacien de refuser toute vente suspecte et destinée à des fins toxicomaniaques. Malgré cette législation, de nombreux pharmaciens délivrent ces médicaments afin d'éviter vraisemblablement un processus de violence. Un climat de peur face au toxicomane semble être très présent. Pourtant, l'expérience prouve qu'accepter amène la réitération de la demande, le pharmacien s'inscrit alors dans la démarche du toxicomane non plus en tant qu'acteur de santé publique mais en tant que fournisseur. C'est ainsi que les pharmaciens doivent s'interroger sur le principe suivant : [32]

"On ne risque rien en refusant dès la première délivrance, on risque peu en refusant après avoir accepté une fois, mais on ne sait pas ce que l'on risque en refusant après avoir accepté plusieurs fois".

Toutefois, vue la politique actuelle menée en matière de traitement de substitution, on est en droit de se demander s'il n'y aurait pas une certaine logique à accepter la délivrance de produits tels le NEOCODION® tout en connaissant son usage détourné. En effet, cette action, dans certaines limites, serait dans la prolongation des traitements de substitution actuels et contribuerait à limiter l'utilisation de la voie intraveineuse ; on pourrait alors parler de substitution en automédication.

Afin de suspendre toute ambiguïté, la solution serait donc d'inscrire ces produits sur une liste rendant ainsi obligatoire la présentation d'une ordonnance. Or, d'après Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire, en réponse à Monsieur Marc Reymann, Parlementaire, cette disposition "*génèrait indûment la majorité des utilisateurs légitimes [...] et risquerait d'entraîner des abus sur d'autres produits, peut-être plus nocifs et l'utilisation de voies d'administration plus dangereuses pour le toxicomane*". [50]

Il est vrai que ce dernier argument n'est pas négligeable à l'époque du sida qu'est la nôtre.

Ce problème reste aujourd'hui très complexe et place le pharmacien dans une situation peu confortable. Quelle que soit son opinion, sa responsabilité est fortement engagée et son rôle de prévention face aux toxicomanies reste indiscutable.

II) MEDICAMENTS INSCRITS SUR LA LISTE DES SUBSTANCES VENENEUSES OU STUPEFIANTES

Devant une demande sans ordonnance ou bon de toxique de tels médicaments, le refus de vente ne sera nullement problématique puisque le pharmacien se devra de respecter la législation.

Il en est de même en cas de présentation d'ordonnance irrégulière et suspecte. Le pharmacien devra alors s'assurer de l'authenticité de la prescription auprès du prescripteur et, en cas de falsification, il devra avertir le Conseil de l'Ordre qui, à son tour, alertera ses confrères. Le pharmacien devra conserver l'ordonnance falsifiée.

En résumé, le pharmacien devrait refuser la vente chaque fois que la réglementation n'est pas respectée. Toutefois, chaque pharmacien semble agir selon sa conscience et son éthique personnelles. Son rôle de prévention face aux toxicomanies en est ainsi fragilisé et amoindri. Une concertation entre officinaux semble indispensable afin de définir une attitude unanime et de permettre ainsi une prévention efficace, notamment pour la délivrance des dérivés codéinés en vente libre.

B - LE PHARMACIEN FACE AUX
DEMANDES DE SERINGUES

Devant la prévalence inquiétante du sida parmi la population toxicomane, la législation a dû s'adapter : ainsi, la mise en vente libre des seringues en officine a été instaurée. Cette mesure fut tout d'abord un objet de controverse : la libéralisation de cette vente ne pourrait-elle pas inciter à la toxicomanie ?

Certains pharmaciens, dans un premier temps réticents à ce nouveau décret, avaient même réclamé un droit à la clause de conscience ; d'autres ont refusé la vente ou seulement le déconditionnement des seringues dans un but dissuasif. (Il est à noter qu'un quart des pharmaciens lors de notre étude estiment encore ne pas déconditionner).

Pourtant, comme l'a précisé récemment Jean Parrot, Président du Conseil National de l'Ordre, *"l'attitude des pharmaciens, professionnels de santé, ne relève pas de leur morale personnelle mais de leurs devoirs professionnels [...] une seule attitude possible : la recherche du moindre mal"*. [49]

Avec le recul et d'après un certain nombre d'études, il s'avère que ce décret de 1989 ait été largement suivi par une majorité de pharmaciens, très tôt dès son application. Notre étude semble confirmer leur adhésion à ce décret puisque 80 % des pharmaciens ayant participé à l'enquête l'estiment adapté à l'évolution des problèmes liés à la toxicomanie.

Aujourd'hui, on peut dire que l'achat des seringues en officine est entré dans les moeurs des toxicomanes et d'autre part qu'une modification de leur comportement, dans le sens d'une restriction du partage des seringues, est observée.

Toutefois, l'usage unique n'est pas encore totalement admis et les conditions de stérilisation, notamment à l'eau de Javel, sont mal connues. Ces différents éléments ont été mis en évidence par deux études consécutives de l'I.R.E.P. en 1988 et 1992. [27] [28]

Parallèlement, il est difficile de croire que les toxicomanes répertoriés lors de notre enquête pratiquent exclusivement le non partage des seringues ; en effet, la majorité d'entre eux les achètent à l'unité et le nombre moyen d'injections pratiquées par jour par un héroïnomanes peut être relativement élevé. Cette notion de "partage" est d'autant plus inquiétante que seul un tiers environ des pharmaciens, pensant avoir une action de prévention du sida, estiment être efficaces par le conseil de mesures d'asepsie.

Selon une étude de l'I.R.E.P., en mai 1994, concernant la vente des seringues dans les officines de Paris [18], les pharmaciens n'assureraient pas totalement leur rôle d'acteur de santé ; la vente des seringues se ferait sans aucun message de prévention. Pourtant, comme le note cette enquête, le pharmacien reste l'acteur qui voit le plus le consommateur de drogue à savoir, quotidiennement, voire plusieurs fois par jour. Le pharmacien apparaît donc clairement comme *"une digue qui aurait pu contribuer à freiner davantage la propagation"* du Sida. [18]

Bien que l'on note une évolution dans le comportement des toxicomanes, il est clair qu'une majorité réutilise leur seringue 1 à 3 fois avec des mesures d'hygiène arbitraires (nettoyage à l'eau, au citron...) voire nulles. Le rôle du pharmacien est donc de conseiller, devant toute suspicion de partage, un nettoyage de la seringue avec de l'eau bouillie ou de l'eau de javel.

D'un point de vue relationnel, ce décret semble avoir clarifié les rôles et les limites de chacun. D'après notre étude, plus de la moitié des pharmaciens pensent que ce décret a permis d'engager plus souvent la conversation par la suppression de l'hypocrisie et des mensonges. En effet, le toxicomane n'a certes plus besoin de chercher à détourner l'attention du pharmacien en lui demandant *"une seringue à insuline pour sa grand-mère diabétique"* !

D'après certains pharmaciens limousins, il permettrait *"le respect et la responsabilisation de la personne"*.

De plus, il offre la possibilité aux toxicomanes de rentrer en relation avec le pharmacien ou de façon plus large avec le système de soins. En effet, la moitié de la cohorte des pharmaciens ayant répondu à notre enquête estiment que ce décret a majoré le nombre de toxicomanes se présentant à l'officine. Pour certains, cette venue en nombre semble avoir une connotation négative en raison vraisemblablement d'un sentiment de peur et d'insécurité : 89 % d'entre eux estiment notamment que ce décret n'a nullement permis une diminution du nombre d'agressions.

L'application de ce décret a sans nul doute apporté des conséquences positives quant à l'évolution du comportement des toxicomanes. Toutefois, il ne résout pas tous les cas de figure et notamment la vente de seringues aux mineurs. En pratique, le pharmacien se trouve à nouveau face à une situation difficile.

Cette interdiction de vente doit-elle imposer au pharmacien de troquer sa blouse blanche contre un uniforme de police pour demander systématiquement aux utilisateurs de seringues de justifier de leur identité et de leur âge ?

Cette pratique apparaît difficilement concevable. Une autre méthode proposée lors de notre étude consiste à aborder le problème au niveau familial, en appelant discrètement les parents... Ceci n'est bien sûr possible qu'au sein d'un milieu rural et reste utopique à grande échelle. La solution serait alors de vendre des seringues quel que soit l'âge du client, ceci afin de respecter l'objectif premier : "*la recherche du moindre mal*". [49]

Cette mesure, allant bien sûr contre la loi, éviterait sans doute un trafic parallèle éventuel à savoir la revente de seringues de majeurs à mineurs...

La mise en vente libre des seringues a donc placé les pharmaciens sur le devant de la scène sans toutefois leur donner tous les moyens d'être pleinement des acteurs de santé publique ; notamment aucune sensibilisation ni formation spécifique n'ont été instaurées.

D'autre part, certaines failles et paradoxes peuvent être décelés dans les mesures de prévention en général : en effet, tout individu interpellé et en possession de seringue peut être soupçonné d'usage de stupéfiant et peut donc être passible de peine. Cette présomption d'usage va à l'encontre des mesures menées pour limiter l'infection au VIH.

Pourtant, la politique actuelle (décret du 7 Mars 1995) tend à libéraliser complètement le matériel stérile et à le rendre accessible gratuitement par la voie d'organisations spécialisées. Peut-être serait-il alors indispensable de faire évoluer parallèlement les deux types de mesures.

C - LE PHARMACIEN FACE
AU STERIBOX

L'objectif qui est de faciliter l'accès des toxicomanes aux seringues neuves est aujourd'hui renforcé par la mise sur le marché du Stéribox. Le but est de proposer au toxicomane un produit spécifique afin de lui prouver qu'il est bien reconnu comme un malade à part entière.

- Depuis sa commercialisation en Septembre 1994, on peut suivre l'évolution de sa vente au niveau national d'après les statistiques fournies par les grossistes répartiteurs.

On note une progression régulière des ventes avec toutefois une forte concentration sur quelques régions (le Nord, l'Est, le pourtour méditerranéen et les grandes zones urbaines d'Ile-de-France, de Rhône-Alpes et d'Aquitaine). [34]

- D'après notre étude, le stéribox en Limousin serait relativement bien connu puisque 56 % des pharmaciens affirment le détenir en stock.

En revanche, ce "kit anti-sida" n'est pas encore proposé en première intention à tout acheteur de seringue : seulement 10 % des pharmaciens lors de notre enquête le proposent systématiquement. Il semble donc qu'il existe une certaine réserve vis-à-vis de ce nouveau produit et que de nouvelles campagnes de sensibilisation, aussi bien auprès des pharmaciens que des toxicomanes, ne soient pas négligeables.

- D'après une enquête d'évaluation réalisée par Apothicom⁽¹⁾ en Juillet 1994 [36], suite au lancement d'une campagne de prévention à Ivry sur Seine, basée sur le stéribox, il semble que ce nouveau produit permette une discussion plus facile avec le toxicomane et que sa conception limite les perturbations passées avec la clientèle : le toxicomane peut désormais exprimer simplement sa demande en réclamant un produit comme tout autre client de la pharmacie.

Notre étude tendrait à modérer ces propos puisque 81 % des pharmaciens estiment que la mise sur le marché du Stéribox n'ait pas facilité leur relation avec le toxicomane. En fait, d'après la conception particulière du Stéribox et ses messages de prévention, il semblerait qu'une action de prévention existe même si aucun dialogue n'a pu s'établir (Voir Annexe n° 2).

En effet, d'après notre enquête, le Stéribox reste indiscutablement un bon outil de prévention des pathologies infectieuses pour beaucoup (81 %) même si certains ne trouvent en lui qu'un "gadget" ou "*un coup d'épée dans l'eau*" qui n'apporte rien de plus.

(1) Apothicom est une association à but non lucratif, composée d'intervenants en toxicomanie, de pharmaciens, de médecins, de professionnels de la communication et de la prévention qui a pour objectif de sensibiliser les usagers de drogues aux risques encourus, notamment par la diffusion du Stéribox®.

D'autres pensent qu'il permet de donner "*bonne conscience aux pharmaciens*", toutefois par cette vente, les pharmaciens ne seraient alors que "*des pourvoyeurs d'armes pouvant donner la mort*".

Le problème de conscience ou la peur d'inciter à la toxicomanie apparaissent de nouveau ici, d'autant plus que par le biais du stéribox, le pharmacien délivre 2 seringues et tout le matériel utile à l'injection, y compris l'eau stérile pour la préparation du "shoot". Pour certains, il ne manque plus que la dose d'héroïne pour satisfaire pleinement le toxicomane... Cette impression non négligeable d'inciter à la toxicomanie est partagée par 6,5 % de pharmaciens lors de notre enquête. Pourtant, des études auraient prouvé la nécessité de fournir deux seringues au lieu d'une seule afin d'éviter le partage en cas de pénurie. Ce kit ne résoudrait donc que partiellement le malaise du pharmacien.

D - LE PHARMACIEN ET
LE DIALOGUE

Il semblerait que la seule conception d'un produit spécifique pour toxicomane tel que le stéribox ne suffise pas à gommer les réelles difficultés de communication existant entre pharmaciens et toxicomanes.

A travers les propos recueillis par plusieurs pharmaciens lors de notre enquête, on s'aperçoit que des tentatives de dialogue ont lieu (1 pharmacien sur 2 estime faire une tentative face à un client soupçonné d'usage illicite) mais elles sont souvent vaines et ainsi sources d'un découragement et d'une résignation certains :

- *"Tentative de dialogue. Pas facile !"*
- *"Dialogues très difficiles"*.
- *"Je n'y arrive pas"*.
- *"Le dialogue n'est jamais possible"*.
- *"Devant l'impossibilité et le mépris de la plupart de mes tentatives de discussion, j'ai pris l'habitude de ne plus essayer"*.

Le dialogue semble n'être qu'un monologue du pharmacien basé sur la prévention des risques futurs ou des conséquences ; le toxicomane, quant à lui, *"acquiesce aux recommandations qui lui sont faites mais uniquement pour avoir ses produits, et le dialogue semble s'évaporer..."*.

Lors de la semaine enquêtée, le dialogue n'a pu s'instaurer que dans 18 % des cas. Ce résultat contraste avec celui d'une enquête réalisée par l'O.R.S. de Midi-Pyrénées en Novembre 1994 [12], auprès d'un réseau sentinelle de pharmaciens. Dans plus de la moitié des cas, le dialogue a été possible après avoir été tenté 9 fois sur 10.

Il est vrai que cette comparaison doit être relativisée car, d'une part, les pharmaciens concernés étaient ici volontaires et donc très sensibilisés au problème, et d'autre part, la région Midi-Pyrénées est beaucoup plus touchée par la toxicomanie que la région Limousin.

Différentes études tendent à montrer que le dialogue est facilité avec les clients habituels (c'est le cas dans notre étude). [12]

Pourquoi le dialogue avec les toxicomanes est-il donc si peu fréquent ? Est-ce par manque de temps de la part du pharmacien, par peur ou par manque de connaissance de la psychologie du toxicomane ?

Cette dernière hypothèse semble la plus probable et l'utilité d'une formation spécifique en matière de toxicomanie pour les pharmaciens voit donc ici toute son importance.

En effet, notre étude révèle que 59 % des pharmaciens s'estiment insuffisamment formés sur le problème de la toxicomanie et notamment ils souhaiteraient un complément d'information, voire de formation, quant à l'attitude à adopter face au toxicomane.

Ce manque de formation n'est pas spécifique à la région Limousin, puisque, entre autres, une enquête similaire auprès des pharmaciens des Pays de la Loire en 1991 [63] relate les mêmes faits à un taux semblable, soit 48 %. Cette tendance est également constatée au niveau national et pose donc le problème d'un enseignement de la toxicomanie au cours des études pharmaceutiques ou même médicales, voire le problème de la formation continue.

Il semblerait que la connaissance de la personnalité du toxicomane, de son univers, de son parler et de sa psychologie soient indispensables au pharmacien afin d'entrer en contact avec lui et réussir à établir un dialogue. En l'absence de dialogue, le rôle du pharmacien est considérablement limité.

Sans aucune formation spécifique, le pharmacien se retrouve donc seul, en son âme et conscience, face au problème très vaste de la toxicomanie ; aussi serait-il plus facile pour lui de gérer tout cela s'il participait à un réseau.

Cette idée de réseau, d'après notre étude, semble toutefois ne pas convenir à beaucoup de pharmaciens limousins : plus de la moitié d'entre eux refusent de s'impliquer dans la prise en charge de la toxicomanie par ce biais. Il semble pourtant que des réseaux sentinelles se créent dans différentes régions (en Aquitaine ou dans les Pays de la Loire) [48]. Leur objectif est de mieux faire circuler l'information entre pharmaciens, notamment dans le cas de nouveaux produits détournés de leur usage ou de signaler à des confrères la circulation d'ordonnances volées ou falsifiées.

Il est à noter qu'un autre type de réseau, celui des réseaux ville-hôpital-toxicomanie, va devenir dans un avenir proche le chemin obligé de tout pharmacien désireux de s'impliquer dans les traitements de substitution.

Notons plus particulièrement, la création très récente en Haute-Vienne d'une association nommée : "Toxicomanie-Soins-Réseau 87". Celle-ci s'est mise en place afin de coordonner le travail sur le terrain en matière de prise en charge des patients toxicomanes. Son but est d'informer, de former les professionnels de santé, d'assurer une liaison entre la pratique de terrain et le comité de suivi, de favoriser les échanges entre médecins et pharmaciens, et enfin de coordonner les soins sur l'ensemble du département.

E - LE PHARMACIEN FACE
A LA SUBSTITUTION

La France est longtemps restée en retrait vis-à-vis des programmes de substitution pour la prise en charge des toxicomanes.

A partir de 1988, le risque élevé de transmission du sida chez cette population a relancé le débat sur les objectifs de ces programmes et très vite, deux clans se sont créés : les "pro"-méthadone et ses détracteurs.

Le calcul des premiers est simple : ne pouvant supprimer la dépendance du toxicomane, aussi vaut-il mieux lui proposer de "s'accrocher" à un produit plus inoffensif que l'héroïne et le stabiliser socialement et psychologiquement.

Pour les autres, cela revient à remplacer "*une toxicomanie illégale, dangereuse et incontrôlée par une toxicomanie légale, propre et contrôlée*". [44]

En fait, il semble que la méthadone ou tout autre produit de substitution n'agisse pas comme un véritable médicament mais qu'il constitue plutôt un outil dans la prise en charge du toxicomane. On traite ainsi la toxicomanie et non le malade.

Quoi qu'il en soit, la constatation suivante est claire : le taux de séropositivité parmi les toxicomanes est beaucoup plus bas dans les pays qui ont su adhérer très tôt à ces programmes de substitution. C'est ainsi que l'on a pu voir se multiplier l'installation des centres de méthadone depuis début 1994 et plus récemment la mise en place de ces traitements de substitution à l'officine.

Le pharmacien a donc désormais une nouvelle mission de santé publique : la prise en charge du toxicomane dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés.

Jusqu'à maintenant, l'enseignement du pharmacien, sa culture, sa "mission de gardien des poisons" le conduisaient à refuser le produit demandé.

Aujourd'hui, il doit accepter la dispensation de produits spécifiquement conçus pour substituer l'héroïne.

Ce renversement de tendance autorise à s'interroger sur l'opinion des pharmaciens.

A la question "Seriez-vous disposé à dispenser des produits de substitution type méthadone ou TEMGESIC® ?

56 % des pharmaciens après sondage national réalisé par le C.A.M.⁽¹⁾ en 1993 [17] répondaient "oui". Il semble donc que les pharmaciens étaient conscients du rôle qu'ils avaient à jouer dans la prise en charge des toxicomanes.

(1) Sondage réalisé par téléphone le 8 octobre 1993 par le cabinet Antoine Minkowski (CAM) auprès d'un échantillon de 100 pharmaciens d'officine titulaires.

Pourtant, d'après un sondage réalisé par l'Institut Epsy, début Mai 1995, auprès d'un échantillon national représentatif de 200 pharmaciens [56], 12 % d'entre eux refusaient catégoriquement cette délivrance et 40 % éprouvaient des réticences. Celles-ci seraient dues sans doute à un manque d'information selon le représentant de l'Ordre. [56]

Cette hypothèse ne semble toutefois pas se vérifier dans notre étude puisque près de 80 % des pharmaciens affirment connaître les conditions de délivrance de ces produits mais un pharmacien sur deux pense que l'officine n'est pas un lieu approprié pour cette délivrance.

Des problèmes matériels viennent à l'esprit :

- Le jour de fermeture des officines rendra impossible la délivrance journalière éventuelle et détériorera ainsi les relations établies avec le toxicomane.
- Les armoires à toxique ne seront pas adaptées vu le volume de stockage nécessaire.
- Les officines avec un seul titulaire ne pourront pas assumer ("*charge trop importante*").
- Les pharmaciens évoquent également des problèmes administratifs. Le statut de stupéfiant de la méthadone impose une "*lourdeur administrative*" et le respect d'une "*légalisation spécifique, compliquée et fastidieuse*".
- De plus, ils sont conscients que la seule délivrance ne suffira pas et qu'une aide psychologique, un soutien moral devront être apportés au toxicomane ; aussi, leur faudra-t-il du temps, beaucoup de temps, et pour certains, il s'agira même d'une "*perte de temps au détriment des autres clients*" et ceci pour "*aucune rémunération de l'acte*"...

Le pharmacien se voit donc face à un rôle de soignant qui sort de ses missions habituelles et pour lequel il n'a eu aucune formation. Il pense devoir "*assumer des responsabilités psychiques et médicales*".

- La délivrance de la méthadone fait aussi resurgir un sentiment d'insécurité. Les risques de tentatives de cambriolage sont redoutés par certains : un stock de méthadone pourrait faire d'une officine une parfaite cible.
- D'autre part, on craint un trafic parallèle de méthadone, à savoir sa revente pour éventuellement financer son "shoot" quotidien. Se pose alors le problème de la consommation de méthadone au comptoir de l'officine. La D.G.S. reste pour l'instant muette à ce sujet. Certains pharmaciens pensent toutefois que "*l'officine n'est pas un lieu de prise de médicaments*".
- Il semble que les pharmaciens craignent aussi un risque d'agression au cours de la délivrance, notamment si des problèmes de tout ordre viennent à se poser. Les demandes de méthadone, sans bon de toxique, ne les laissent également pas sans inquiétude.

➤ D'autre part, ils évoquent des problèmes relationnels, à savoir comment assurer et conserver la confidentialité de la délivrance, notamment en milieu rural.

La création d'un espace de confidentialité semble poser des problèmes matériels et donc un "*risque de dérapage avec les clients traditionnels est à craindre*". La venue des uns entraînerait la fuite des autres. D'ailleurs, pour quelques pharmaciens, "*les toxicomanes sont des grands malades devant rester à part*".

➤ Selon une vision plus globale, la substitution par la méthadone ne serait, pour certains pharmaciens limousins, ni plus ni moins qu'une "*légalisation du phénomène drogue*" et une banalisation du problème serait à redouter.

➤ De plus, par le biais de la substitution, certains ont peur de susciter de nouvelles vocations chez les jeunes gens en raison de la facilité apparente du processus de traitement.

D'après l'évolution de toutes ces craintes, il semblerait donc que les pharmaciens ne soient pas prêts pour la dispensation de la méthadone, d'autant plus qu'ils ont une appréhension non négligeable vis-à-vis du toxicomane ou de ses réactions.

Il est aujourd'hui difficile d'appréhender les réels problèmes posés aux pharmaciens dans la pratique de cette délivrance car trop peu, voire aucun toxicomane, n'est suffisamment stabilisé pour être pris en charge en médecine de ville, en région Limousin.

Toutefois, dans l'attente de la mise en pratique de cette délivrance, les pharmaciens se trouvent actuellement confrontés à des prescriptions de médicaments (morphine, buprénorphine) hors A.M.M. en vue d'une substitution. Ils doivent alors choisir entre leur devoir d'aide et d'assistance au malade et les règles de délivrance des substances vénéneuses, voire stupéfiantes.

Il est vrai que la D.G.S. préconise de fermer les yeux sur les manquements aux règles de délivrance afin de favoriser la substitution. Cependant, en cas de délivrance et de survenue d'un accident, le pharmacien ne peut-il pas être considéré comme un dealer et jugé responsable par la loi ? [57]

Pourtant, en délivrant de tel produit, le pharmacien se fait "*pionnier en matière de toxicomanie*" et agit dans l'optique d'aider le toxicomane dans son sevrage aux opiacés.

Une circulaire du 15 Février 1995 tente de clarifier le problème : dans le cas d'une délivrance de TEMGESIC® à des doses hors A.M.M., le pharmacien sera couvert de toute poursuite judiciaire s'il fait une déclaration écrite à l'Ordre Régional et à la D.R.A.S.S. [57]

Cette circulaire ne prend pas en compte la substitution par la morphine (MOSCONTIN®, SKENAN®). Pourtant, il semble que ces produits soient largement utilisés dans le cadre du sevrage : le pharmacien doit donc à nouveau agir en son âme et conscience et mettre éventuellement sa responsabilité en cause.

L'ensemble de ces problèmes est résolu depuis la commercialisation du SUBUTEX®, médicament de substitution à part entière. Ses conditions de prescription et de délivrance (voir Chapitre I) permettent au pharmacien de s'impliquer directement dans la prise en charge des toxicomanes.

Cette mise en oeuvre nécessite toutefois un travail en étroite collaboration avec le médecin prescripteur notamment afin d'éviter toute dérive. En effet, il a déjà été suspecté un trafic de SUBUTEX®. [39]

Après prescription par plusieurs médecins et délivrance auprès de différentes pharmacies, il est facile au toxicomane de devenir "dealer" et de vendre ce "nouveau produit" afin de financer sa dose journalière d'héroïne ou de tout autre produit.

Cet exemple de trafic, vécu personnellement et relaté dans la presse professionnelle [39] prouve l'importance d'un travail en réseau. Une mise en contact permanente entre le prescripteur et le pharmacien voit ici toute son importance.

De plus, il paraît indispensable que tout toxicomane traité par SUBUTEX® soit répertorié à l'aide de l'outil informatique de telle sorte que tout médecin ou tout pharmacien ait connaissance des conditions de prescription antérieures.

Le suivi de ces patients sous SUBUTEX® demande une attention toute particulière, d'où la nouvelle mission pour le pharmacien de s'impliquer directement dans la prise en charge des toxicomanes, et non plus d'avoir uniquement un rôle de prévention des toxicomanies.

CONCLUSION

L'enquête, réalisée avec la collaboration des pharmaciens d'officine de Creuse, de Corrèze et de Haute-Vienne permet de confirmer l'existence du phénomène "toxicomanie" en Limousin.

Bien que cette région soit certes moins touchée que la moyenne nationale, on note d'une part une augmentation progressive du nombre de toxicomanes interpellés et pris en charge et d'autre part, une activité non négligeable auprès des pharmaciens d'officine.

Historiquement "gardiens" des drogues, les pharmaciens tendent, malgré eux, à devenir des "fournisseurs". Ils ont donc un rôle indéniable à jouer face aux toxicomanies en veillant notamment au bon usage des médicaments et en limitant leur détournement grâce à la législation, quand cela est possible.

L'épidémie du Sida, quant à elle, n'a pas simplifié leur travail puisque de nouvelles tâches leur incombent alors, telle la prise en charge des toxicomanes par le biais des traitements de substitution.

Le pharmacien se retrouve donc face à un malade qu'il n'avait pas l'habitude de côtoyer et il doit souvent passer outre la législation afin d'agir selon son éthique personnelle et faire face à ses responsabilités. Ce face à face pharmacien / toxicomane n'est pas toujours facile d'autant que le pharmacien n'a pas reçu, le plus souvent, de formation adéquate.

La personnalité même du "toxicomane" ne simplifie pas les choses ; sa soif de bien-être et le manque du produit le pousse souvent à la ruse afin d'assouvir son désir. C'est ainsi, comme le note Jean-Marie PELT que *"des perspectives nouvelles s'offrent à la perspicacité des jeunes toxicomanes : il suffit d'essayer les médicaments usuels en corsant les doses, d'imaginer de savants cocktails, de transformer les comprimés en piqûres et d'additionner le tout d'une solide rasade de whisky ! Avec un peu de chance et quelques bons tuyaux "ça marche" [32] Et l'apprenti sorcier devient un apprenti apothicaire"*.

Face à ces remarquables chercheurs, la législation n'a plus qu'à s'adapter pour faire en sorte de limiter les dérives.

ANNEXES

**LISTE⁽¹⁾ DES SPECIALITES NECESSITANT LE CERTIFICAT
PREVU A L'ARTICLE 75 DE LA CONVETION DE SCHENGEN**

➤ SUBSTANCES PSYCHOTROPES

FORTAL[®] pentazocine inj
METEOXANE[®] amobarbital cp
ORTENAL[®] (amphétamine) cp
RITALINE[®] méthylphédate cp
NORIEL[®] flunitrazépam cp
ROHYPNOL[®] fulnitrazépam cp
SUBUTEX[®] buprénorphine cp
TEMGESIC[®] buprénorphine cp
TENSOPHORIL[®] amobarbital gél.

➤ SUBSTANCES STUPEFIANTES

METHADONE sirop
DOLOSAL[®] pethidine inj
MORPHINE buvable
MORPHINE inj
MOSCONTIN[®] sulfate de morphine
SKENAN CP[®] sulfate de morphine
PALFIUM[®] dextromoramide inj, cp

(1) Mise à jour Mars 1996

LE "STERIBOX"

→ Sa présentation



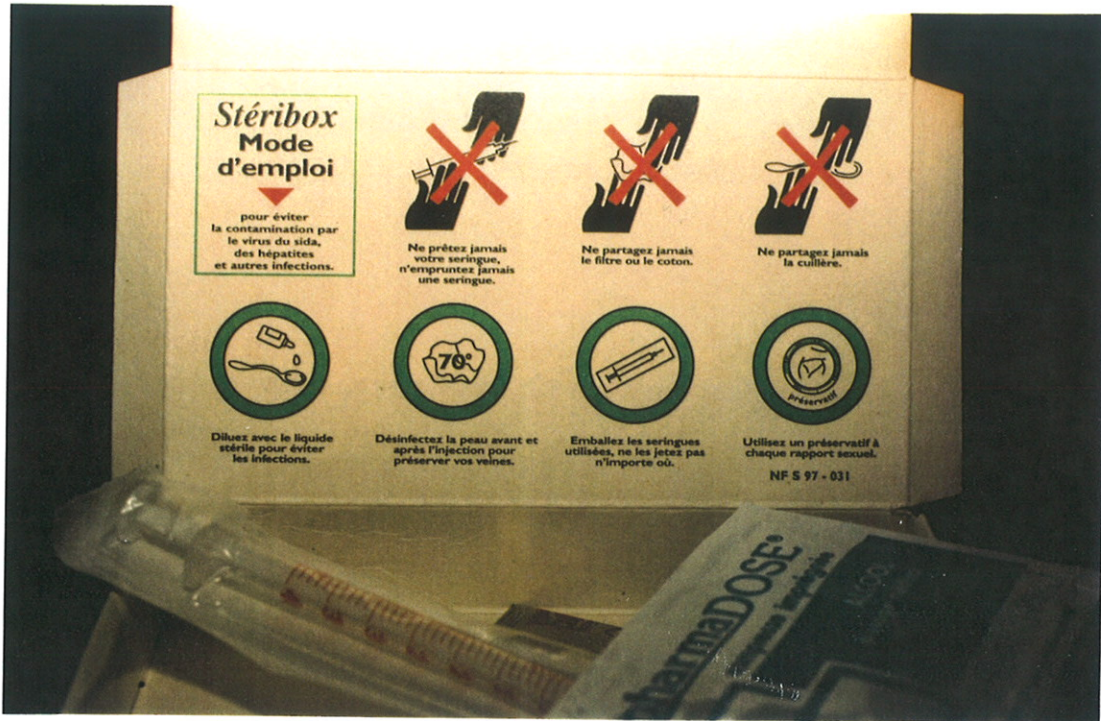
Cette trousse de prévention contient :

- Deux seringues stériles de 1 ml
- Une boîte cartonnée indiquant sur chacune de ses faces l'une des mentions suivantes :
 - 1 - Emballez dans cet étui la seringue usagée avant de la jeter
 - 2 - Réutiliser la même seringue présente un risque de contamination
 - 3 - En cas de réapprovisionnement impossible et d'absolue nécessité, sachez éviter de vous contaminer par votre seringue usagée
 - 4 - a) La remplir et la vider par pompage avec de l'eau de javel diluée ou de l'alcool à 70 °,
b) La laisser tremper quinze minutes dans l'eau de javel ou l'alcool,
c) La rincer à l'eau bouillie par pompage répété.
- Deux compresses imprégnées d'alcool à usage médical
- Deux flacons d'eau (stérile) pour préparation injectable (5 ml)
- Un préservatif et son mode d'emploi

Il est précisé sur le conditionnement externe du Stéribox :

"Les éléments contenus dans le Stéribox sont d'usage strictement personnel".

→ Ses messages de prévention



Pour avoir des conseils, pour savoir où et comment
faire un test de dépistage du V.I.H. (sida) ou des hépatites,
pour bénéficier d'un soutien ou avoir
des adresses pour décrocher,
demandez conseil à votre médecin, à votre pharmacien
ou appelez :

S I D A
INFO SERVICE
05 36 66 36

DROGUES
INFO SERVICE
05 23 13 13

Vendu en pharmacie, dans le cadre de la politique de santé publique
menée par le Ministère des Affaires Sociales,
de la Santé et de la Ville en partenariat
avec le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
prix maximum conseillé : 5 francs.

Modèle déposé - Reproduction interdite

LA METHADONE : NOUVEAU STATUT

Portant application des dispositions de l'article R. 5179 du code de la santé publique, un arrêté du 10 septembre 1992 a établi une liste de substances vénéneuses dont étaient interdites la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage, ainsi que les préparations concernant de telles substances et, de façon générale, « tous actes commerciaux ou non relatifs à ces produits ».

RADIATION

L'arrêté ci-après procède à la radiation de la liste de l'alpha-cétylméthadol (métadone). La mesure va dans le sens de l'utilisation de cette substance dans le cadre de traitements de « substitution ».

Arrêté du 23 janvier 1995 modifiant l'arrêté du 10 septembre 1992 portant application de l'article R. 5179 du code de la santé publique

Par arrêté du ministre délégué à la Santé, porte-parole du gouvernement, en date du 23 janvier 1994, est radiée de la liste des substances mentionnées à l'article 1^{er} de l'arrêté du 10 septembre 1992 portant application de l'article R.5179 du code de la santé publique la substance suivante :

Alpha-cétylméthadol.

(J.O. 3 fév.)

Source : Nouvelles pharmaceutiques

Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens

n° 347 - Juillet 1995 - p.221 (Trimestriel)

LA MÉTHADONE INSCRITE SUR LA LISTE DES MÉDICAMENTS REMBOURSABLES

Arrêté du 28 mars 1995 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

Art. 1^{er}. - La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux est modifiée conformément aux dispositions qui figurent en annexe.

ANNEXE

Sont inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux à compter de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel* de la République française les spécialités pour lesquelles le taux de participation de l'assuré est prévu au 6° du deuxième alinéa de l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale :

● 338 945-8.....Chlorhydrate de méthadone
Assistance publique - Hôpitaux de Paris
5 mg/3,75 ml (chlorhydrate de méthadone),
sirop en récipient unidose (verre brun) (1)
(Assistance publique - Hôpitaux de Paris)
Prix de vente au public..... 5,10 F

● 338 943-5 Chlorhydrate de méthadone
Assistance publique - Hôpitaux de Paris
10 mg/7,5 ml (chlorhydrate de méthadone),
sirop en récipient unidose (verre brun) (1)
(Assistance publique - Hôpitaux de Paris)
Prix de vente au public.....5,90 F

● 338 944-1 Chlorhydrate de méthadone
Assistance publique - Hôpitaux de Paris
20 mg/15 ml (chlorhydrate de méthadone),
sirop en récipient unidose (verre brun) (1)
(Assistance publique - Hôpitaux de Paris)
Prix de vente au public.....7,50 F

(« J.O. » du 31 mars 1995)

Source : Nouvelles Pharmaceutiques

n° 89 - vendredi 21 avril 1995

Délivrance du SUBUTEX® et du TEMGESIC® en ville : les différences

Nom de spécialité	Indications	DCI	Liste	Modalités de prescription et de délivrance
SUBUTEX® 0,4 mg 2 mg 8 mg	Pharmaco-dépendance majeure aux opiacés dans le cadre d'un traitement de substitution	Buprénorphine	I	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription sur un bon extrait du carnet à souches (posologie en toutes lettres) • Durée du traitement : 28 jours maximum • Renouvellement impossible sans nouvelle ordonnance • Fractionnement de la délivrance si le médecin le demande • Approvisionnement classique auprès des grossistes
TEMGESIC® 0.2 mg	Traitement de la douleur	Buprénorphine	I	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription sur un bon extrait d'un carnet à souches (posologie en toutes lettres) • Durée du traitement : 12 mois maximum • Prise en charge par l'assurance maladie : limitée à 6 mois de traitement • Quantité délivrée en une fois : pas de durée de traitement supérieure à 1 mois • Renouvellement* uniquement sur mention écrite du prescripteur • Approvisionnement classique auprès des grossistes

* Les renouvellements ne peuvent avoir lieu que dans l'officine qui a effectué la première délivrance, conservé l'original du bon et remis une copie au malade (Art. R 5214 du CSP).

BUPRÉNORPHINE ET TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Un arrêté ministériel du 10 septembre 1992 (*J.O. 20 sept.*) avait déjà (en vertu des dispositions de l'article R. 5218-1 c. santé publ.) soumis à certaines règles particulières aux stupéfiants la buprénorphine (liste I) administrée par la voie orale.

Un arrêté du 2 octobre 1995 complète cette réglementation spécifique en limitant à 28 jours de durée de prescription pour ceux des médicaments à base du principe actif précité aux doses supérieures à 0,2 mg. En résumé et s'agissant desdites présentations, les produits de l'espèce :

- doivent être prescrits sur une ordonnance extraite d'un carnet à souches, les quantités prescrites devant être inscrites en toutes lettres (art. R. 5212 c. santé publ.) ;
- ne peuvent être délivrés qu'au vu d'une telle prescription, l'ordonnance devant être conservée pendant trois ans (art. R. 5214) ;
- ne peuvent être prescrits et délivrés que pour une durée maximale de 28 jours (ceci, encore une fois, ne valant que pour les spécialités par voie orale, à des dosages supérieurs à 0,2 mg).

Arrêté du 2 octobre 1995 relatif à la durée de prescription de médicaments à base de buprénorphine par voie orale aux doses supérieures à 0,2 mg

Considérant qu'un usage abusif de la buprénorphine serait de nature à présenter un danger pour la santé publique ; qu'il y a lieu, en conséquence, de la soumettre à des conditions particulières de prescription et de délivrance,

Arrête :

Art 1^{er}. – Outre les conditions de prescription et de délivrance concernant les médicaments à base de buprénorphine par voie orale prévues par l'arrêté du 10 septembre 1992 susvisé, la prescription à des patients non hospitalisés de médicaments à base de buprénorphine par voie orale à des doses supérieures à 0,2 mg ne doit pas être supérieure à vingt-huit jours.

Art 2. – Le conditionnement extérieur des spécialités pharmaceutiques concernées doit comporter, outre la mention : « liste I, prescription sur carnet à souches », la mention : « ne peut être prescrit pour une durée supérieure à vingt-huit jours ».

Source : Nouvelles pharmaceutiques (Les)

Bulletin de l'Ordre des pharmaciens

n° 349 - Décembre 1995 - p. 494 (Trimestriel)

LISTE DES SPECIALITES A BASE DE CODEINE ET DE CODETHYLINE

CODEINE

ALGISEDAL[®] (phosphate)
 BRONCHY[®] Sirop Ad
 BRONPAX[®] Sirop Ad
 CAMPHODIONYL[®] (base)
 CLARADOL Codéine[®] (phosphate)
 CODOLIPRANE[®] (phosphate)
 COMPRALGYL[®] (phosphate)
 CURIBRONCHES[®] Ad-Sirop Enf (sirop de codéine)
 DAFALGAN Codéine[®] (phosphate)
 DINACODE[®] comprimés
 DINACODE[®] Ad-sirop-Enf
 DINACODE[®] suppos Ad-suppos-Enf
 EFFERALGAN Codéine[®] (phosphate)
 EUCALYPTINE LE BRUN[®] Capsules, Sirop, Suppos Ad-Enf
 (phosphate)
 EUPHON[®] Sirop
 GELUMALINE[®]
 KLIPAL[®] (phosphate)
 LINDILANE[®] (phosphate)
 LYPTOCODINE[®] (camsilate)
 MEROL[®] Sirop
 MIGRALGINE[®]
 NEOCODION[®] (camsilate)
 NETUX[®] (fixée sur résine)
 NICAN[®] Sirop, Sol. Buv.
 NOVACETOL[®] (chlorhydrate)
 ORALGAN Codéine[®] (phosphate)
 PADERYL[®] (bromhydrate)
 PANADOL Codéine[®] (phosphate)
 PATES PECTORALES[®] Oberlin
 PECTORAL EDULCOR[®] (phosphate)
 PNEUMOPAN[®]
 POLERY[®]
 PRONTALGINE[®] (phosphate)
 PULMOFLUIDE SIMPLE[®] (base)
 PULMOSERUM[®]
 QUINTOPAN[®] Sirop Ad
 SALGYDAL[®] (phosphate)
 SEDARENE[®] (phosphate hémihydraté)
 SIROP BOIN[®]
 SIROP FAMEL[®]
 SUPADOL[®] (bromhydrate)
 SUPPOMALINE[®] (phosphate)
 TERCODINE[®]
 TUSSIPAX[®]
 TUSSIPAX[®] à l'euquinine suppos
 VEGADEINE[®] (phosphate) (CC)
 VISCERALGINE[®] Forte cp, suppos (phosphate)
 VOCADYS[®] (phosphate)

CODETHYLINE (= ETHYLMORPHINE)

BRONCHY[®] Sirop Ad-Enf (chlorydrate)
BRONPAX[®] Pâtes (chlorydrate)
CAMPHODIONYL (chlorydrate)
CODETHYLINE HOUE (chlorydrate)
CURIBRONCHES[®] Sirop Ad (chlorydrate)
DOUDOL[®] (chlorydrate)
EPHYDION (chlorydrate)
EUBISPASME CODETHYLINE (base et camphorate)
HUMEX FOURNIER[®] Pâtes pectoral (chlorydrate)
HUMEX FOURNIER[®] Sirop Ad (chlorydrate)
MARRUBENE[®] Codéthyline (chlorydrate)
OZOTHINE[®] Sirop (chlorydrate)
PECTOSAN[®] Sirop (chlorydrate)
PETER'S[®] Sirop
POLERY[®] (chlorydrate)
PULMOSODYL[®] (chlorydrate)
PULMOSPIR
QUINTOPAN[®] Sirop Ad
SEDOPHON PECTORAL[®] (chlorydrate)
SIROP PECTORAL[®] Oberlin (chlorydrate)
THERALENE PECTORAL[®] (chlorydrate)
THIOSEDAL[®] (chlorydrate)
TRACHYL[®] (iodométhylane)
TUSSIPAX (chlorydrate)
TUSSIPAX à l'euquinine suppos (chlorydrate)
VEGETOSERUM[®] (chlorydrate)

Source : VIDAL 1996

LISTE DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES A DUREE DE PRESCRIPTION LIMITEE

➤ MEDICAMENTS A PROPRIETES HYPNOTIQUES

(Durée limitée à 4 semaines)

Amobarbital.	Lorazépam.
Brotizolam.	Lormétazépam.
Butalbital.	Médazépam.
Butobarbital.	Méprobamate.
Clorazépate dipotassique (1)	Nitrazépam.
Cyclobarbitol.	Oxyfénamate.
Diazépam.	Pentobarbital.
Estazolam.	Témazépam.
Ethyl loflazépate.	Triazolam.
Flunitrazépam.	Vinbarbital.
Flurazépam.	Vinylbital.
Hexapropymate.	Zopiclone.
Kétazolam.	Zolpidem.
Loprazolam.	

➤ MEDICAMENTS A PROPRIETES ANXIOLYTIQUES

(Durée limitée à 12 semaines)

Alpidem.	Etifoxine.
Alprazolam.	Fébarbamate (2).
Bromazépam.	Hydroxyzine.
Buspirone.	Kétazolam.
Chlordiazépoxyde.	Lorazépam.
Clobazam.	Médazépam.
Clorazépate dipotassique (1).	Méprobamate.
Clotiazépam.	Nordazépam.
Delorazépam.	Oxazépam.
Diazépam.	Prazépam.
Difébarbama (2).	Proxibarbal.
Ethyl loflazépate.	Tofisopam.

Source : Substances vénéneuses - Listes et exonérations [31]

(1) Arrêté du 28 janvier 1992.

(2) Arrêté du 3 septembre 1992.

GUIDE D'UTILISATION

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire suivant est composé de 3 parties :

- ① Une grille d'observation vous permettra de relever sur une semaine la demande de votre clientèle toxicomane.
- ② Un volet quantitatif.
- ③ Un volet qualitatif recueillant votre point de vue sur le problème de la toxicomanie (Cf page 3 du questionnaire).

Même en l'absence de clientèle toxicomane, vous êtes concerné par cette étude et vous pouvez répondre à certaines questions du volet qualitatif (Cf page 3 du questionnaire).

REPLISSAGE DE LA "GRILLE D'OBSERVATION"

- ↳ A chaque passage d'un sujet toxicomane, vous devez remplir une nouvelle ligne de la grille.
- ↳ Nous avons choisi de ne considérer comme toxicomanes que les sujets ayant une demande de médicaments ou de produits à visée toxicomaniaque (seringue, Stéribox[®], Néocodion[®]...) ; ceci dans le souci d'homogénéiser le remplissage des grilles.

☉ Rubrique "TOXICOMANE" :

"SEXE" :	Féminin	F
	Masculin	M
"CLIENT HABITUEL"	Le sujet toxicomane fait partie de votre clientèle ou est étranger à votre officine	OUI NON

☉ Rubrique "PRODUITS OU MEDICAMENTS DELIVRES" :

"SERINGUE" et "STERIBOX" Noter la quantité demandée.

👉 Ne pas comptabiliser dans la colonne "SERINGUE", les 2 déjà contenues dans le Stéribox[®].

"PRESERVATIF"	Préciser l'achat (<i>non compris celui du Stéribox[®]</i>) ou non achat	OUI NON
---------------	---	------------

"EN VENTE LIBRE" (ex. Néocodion[®])

"SUR ORDONNANCE" (ex. Elixir Parégorique[®])

"SUR CARNET A SOUCHE" (ex. Temgésic[®])

Pour les trois rubriques, noter dans la 1ère colonne la **quantité demandée** par le toxicomane et dans la 2ème colonne la **quantité délivrée**.

✎ Pour les médicaments nécessitant un bon de toxique, les noter uniquement dans la rubrique "sur carnet à souche".

☉ Rubrique "RELATION PHARMACIEN-TOXICOMANE" :

"DEMANDE DE CONSEILS"	Le toxicomane est dans une position de demande d'aide, de conseils, de dialogue...	OUI
	Sinon	NON
"AIDE PROPOSEE"	Vous avez spontanément proposé les coordonnées d'un centre de prise en charge, tenté d'entamer la conversation	OUI
	Ou non	NON
"DIALOGUE"	Bon contact avec le toxicomane, dialogue possible	OUI
	Ou pas	NON

☉ Rubrique "JOUR DE GARDE" :

"JOUR DE GARDE" Noter par une croix lorsque le passage du toxicomane s'est effectué sur votre garde.

☉ Rubrique "NOMBRE DE JOURS ENQUETES (1 A 7) :

Merci de noter le nombre de jours durant lesquels vous avez été ouvert dans la période du 19 au 26 Juin 1995.

LIEU D'EXERCICE

Ne pouvant vous demander le lieu précis de votre exercice, nous vous proposons une liste de communes afin que vous puissiez vous situer dans une des rubriques citées :

GRANDES VILLES : Limoges, Tulle, Brive, Guéret.

COMMUNES PERI-URBAINES :

Haute-Vienne : Condat s/ Vienne, Couzeix, Feytiat, Isle, Le Palais s/ Vienne, Panazol.

Corrèze : Chameyrat, Laguenne, Larche, Malemort s/ Corrèze, St Pantaléon de Larche, Ussac.

AUTRES COMMUNES URBAINES :

Haute-Vienne : Aixe s/ Vienne, Ambazac, Bellac, le Dorat, Eymoutiers, Rilhac-Rancon,

Rochechouart, St Junien, St Léonard de Noblat, St Yrieix la Perche.

Corrèze : Argentat, Egletons, Meymac, Objat, Ussel, Uzerche.

Creuse : Aubusson, Bourganeuf, Boussac, La Souterraine.

COMMUNES RURALES :

Toutes les communes non citées précédemment.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE, VOUS POUVEZ CONTACTER
OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU LIMOUSIN

MONSIEUR LE DOCTEUR OCHOA

☎ 55.32.03.01

DU 19 AU 26 JUIN 1995

NOMBRE DE JOURS ENQUETES (1 A 7) :

Chaque fois qu'un client (supposé ou connu) toxicomane se présentera dans votre pharmacie, veuillez noter dans la grille de recuil ci-dessous les données concernant sa demande.

TOXICOMANE		PRODUITS OU MEDICAMENTS DELIVRES						RELATION PHARMACIEN - TOXICOMANE				
N°	SEXE (F/M)	CLIENT HABITUEL (Oui/Non)	SERINGUE (Quantité)	STERIBOX (Quantité)	PRESERVATIF (Oui/Non)	EN VENTE LIBRE (Quantité) <small>Demandée / Délivrée</small>	SUR ORDONNANCE (Quantité) <small>Demandée / Délivrée</small>	SUR CARNET A SOUCHE (Quantité) <small>Demandée / Délivrée</small>	DEMANDE DE CONSEILS (Oui/Non)	AIDE PROPOSÉE (Oui/Non)	DIALOGUE (Oui/Non)	JOUR DE GARDE (Mettre une croix)
EX	M	Non		1	Non			3	3	Non	Oui	X
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Si dans l'exercice de votre profession, vous n'êtes pas confronté au problème de la toxicomanie, merci de nous l'indiquer en cochant ici et de répondre aux questions précédées du sigle :

VOLET QUANTITATIF

① La semaine enquêtée reflète-t-elle l'activité habituelle de votre pharmacie en matière de toxicomanie ? Oui Non

↳ Si non, vous estimez que votre clientèle toxicomane est globalement :

✓ Plus importante

✓ Moins importante

② Seringues :

✓ Prix de vente à l'unité des seringues à insuline 2 ml :

✓ Déconditionnement pour la vente : Oui Non

③ Stéribox[®] :

✓ Prix de vente à l'unité :

✓ Disposez-vous actuellement de Stéribox[®] en stock Oui Non

④ Médicaments détournés de leur usages : Citez les 3 plus demandés (autres que Temgésic[®], Néocodion[®]) en nommant, pour chaque spécialité, la forme galénique la plus usuelle (ex : comprimés, sirop...) :

MÉDICAMENTS

FORMES GALÉNIQUES

.....
.....
.....

⑤ Falsification d'ordonnances ou de bons de toxique :

✓ A combien estimez-vous le nombre d'ordonnances ou de bons de toxique falsifiés dans les 6 derniers mois

✓ Enumérez les types de falsification rencontrés :

.....

.....

.....

VOLET QUALITATIF

① Un client se présente dans votre pharmacie. Quels critères vont vous servir à l'identifier comme étant toxicomane :

② Selon vous, un toxicomane est :

- *Un malade* Oui Non
- *Un marginal* Oui Non
- *Responsable de sa toxicomanie* Oui Non
- *Victime de sa toxicomanie* Oui Non
- *Autre (préciser) :*

③ Seringues et Stéribox® :

✓ Le décret de 1989 concernant la libéralisation de la vente des seringues vous semble-t-il adapté à l'évolution des problèmes liés à la toxicomanie ? Oui Non

✓ La mise en vente libre des seringues a-t-elle apporté des changements dans votre relation avec le toxicomane ? Oui Non

↳ Si oui, vous estimez que cette mesure :

- *permet d'engager plus souvent la conversation avec le toxicomane*
- *est responsable d'une augmentation du nombre de toxicomanes se présentant à la pharmacie*
- *a permis une diminution du nombre d'agressions*
- *a fidélisé la clientèle toxicomane*
- *autre (préciser) :*

✓ Comment gérez-vous l'interdiction de vendre, sans présentation d'ordonnance, des seringues aux mineurs ?

✓ Que pensez-vous de la conception et de la mise en vente du stéribox® :

- *Simple action commerciale*
- *Impression d'inciter à la toxicomanie*
- *Facilite les relations avec le sujet toxicomane*
- *Bon outil de prévention des pathologies infectieuses liées à l'injection de drogues*
- *A augmenté la clientèle toxicomane*
- *La prévention doit être assurée par d'autres*
- *Autre (préciser) :*

✓ Lorsqu'une seringue vous est demandée par un toxicomane, proposez-vous un Stéribox[®] ?

- *Systématiquement*
- *Parfois*
- *Jamais*

✓ En tant que professionnel de la santé, pensez-vous avoir une action sur la prévention du SIDA ?

Oui Non

↳ Si oui :

- *Par la vente de seringues* Oui Non
- *Par la vente de préservatifs* Oui Non
- *Par l'information que vous transmettez lors de la vente* Oui Non
- *Par les mesures d'asepsie que vous conseillez lors de la vente* Oui Non
- *Autre(s) (précisez) :*

✓ Si vous soupçonnez un client d'usage illicite de drogues, quelle attitude adoptez-vous ?

- *Pas de démarche spécifique*
- *Délivrance d'une brochure ou de coordonnées d'un centre*
- *Tentative de dialogue*
- *Commentaires :*

④ Lors de la demande de médicaments toxicomanogènes :

✓ Sur liste (I ou II), sans ordonnance :

- *Proposition d'un produit de remplacement*
- *Refus de délivrer*
- *Autre*

✓ En vente libre :

- *Vente des quantités demandées*
- *Vente à l'unité*
- *Proposition d'un produit de remplacement*
- *Autre*

⑤ Sécurité et insécurité vis-à-vis de la toxicomanie :

✓ Estimez-vous être installé dans un quartier dit "à risque" ? Oui Non

✓ Ressentez-vous actuellement un sentiment d'insécurité ? Oui Non

✓ La mise en place de mesures d'accompagnement de la toxicomanie :

- *A créé ou majoré un sentiment d'insécurité*
- *A diminué votre appréhension face au sujet toxicomane*
- *Sans objet*

⑥ Connaissez-vous les coordonnées d'un (ou de plusieurs) centre(s) de prise en charge des toxicomanes ?

Oui Non

✓ Si oui, y avez-vous déjà orienté quelqu'un ?

Oui Non

✓ Etes-vous prêt à donner une information sur ces services ?

Oui Non

⑦ Formation du pharmacien vis-à-vis de la toxicomanie :

✓ Dans l'exercice de votre profession, vous estimez-vous suffisamment formé et informé sur le problème de la toxicomanie ?

Oui Non

✓ Souhaiteriez-vous une formation ou information complémentaire ?

Oui Non

↳ Si oui, sur quels thèmes :

- Histoire du toxicomane
(naissance de la toxicomanie, psychologie et vécu du toxicomane)
- Attitude à adopter face au toxicomane
- Problèmes sociaux soulevés par la toxicomanie
(structures de prise en charge, couverture sociale)
- Effets recherchés des produits détournés de leur usage
- Autre (précisez):

✓ Souhaitez-vous vous impliquer directement dans la prise en charge de la toxicomanie ?

• Par un travail de réflexion interprofessionnel Oui Non

• Par la participation à un réseau Oui Non

⑧ Traitement de substitution (méthadone et/ou buprémorphine haut dosage) :

• Connaissez-vous les conditions dans lesquelles la délivrance de ces 2 traitements de substitution devra être assurée ? Oui Non

• Pensez-vous que l'officine soit un lieu approprié pour leur délivrance ? Oui Non

• Quel(s) problème(s) sont susceptibles de se poser ?

.....
.....
.....

Pour mener à bien cette recherche, nous vous remercions de bien vouloir nous donner les précisions vous concernant :

① Lieu d'exercice :

✓ Département : 19 23 87

✓ Commune⁽¹⁾ : Grande Ville⁽¹⁾
Commune Péri-Urbaine⁽¹⁾
Commune Urbaine⁽¹⁾
Commune Rurale⁽¹⁾

✓ Existence d'une pharmacie dans la même localité ? Oui Non

② Pharmacien :

✓ Sexe : H F

✓ Age : Moins de 30 ans 30 - 39 ans 40 - 49 ans
50 - 59 ans 60 ans et plus

✓ Personne(s) ayant rempli le questionnaire :

Titulaire Co-titulaire⁽²⁾ Co-titulaires⁽³⁾
Assistant Autre(s)

③ Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

(1) Cf guide d'utilisation
(2) Questionnaire rempli par un seul des co-titulaires
(3) Questionnaire rempli conjointement par les co-titulaires

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS

CONSEIL RÉGIONAL DU LIMOUSIN

4, boulevard de Fleurus 87000 LIMOGES
Tél. 55.34.22.52 - Fax 55.33.78.27

Cher Confrère,

L'Observatoire Régional de la Santé du Limousin entreprend un important travail qui a pour but d'améliorer la connaissance épidémiologique de la toxicomanie dans notre région, à partir de l'étude des demandes effectuées par les toxicomanes auprès des pharmaciens d'officine.

Cette étude nécessite le recueil auprès de vous, d'informations sur la nature et la fréquence des demandes à visée toxicomaniaque, ainsi que sur la relation Pharmacien-Toxicomane.

La valeur des enseignements tirés de cette consultation sera bien évidemment fonction du nombre et du soin apportés aux réponses.

C'est la raison pour laquelle je sollicite votre étroite collaboration en vous demandant de répondre au questionnaire ci-joint.

En effet l'implication de notre profession dans les problèmes liés à la toxicomanie apparaît chaque jour plus nécessaire, et notre engagement souhaité par les pouvoirs publics, met en relief le rôle éminent des pharmaciens au service de la santé de nos concitoyens.

meilleurs. Veuillez agréer, Cher Confrère, l'expression de mes sentiments les

Le Président
Alain PARVEAU



Limoges, le 31 mai 1995

Monsieur le Docteur A. OCHOA
 Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé

à

Nos réf. : AO/BR/076 - 95
 Objet : Projet d'étude Toxicomanie

**A TOUS LES PHARMACIENS DE
 LA REGION LIMOUSIN**

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin souhaite réaliser une enquête auprès de l'ensemble des pharmaciens d'officine du Limousin.

Cette enquête intitulée "Toxicomanie et Pharmaciens d'officine" a pour objectif principal d'apprécier le phénomène "toxicomanie" auprès des pharmaciens d'officine du Limousin à partir du recueil :

- ✓ de données quantitatives
- ✓ de données qualitatives : appréciant la relation pharmacien-client toxicomane ainsi que la demande de formation et d'informations de la profession.

Ce travail entre dans le champ de l'activité de l'Observatoire Régional de la Santé qui a pour mission de recueillir, valoriser et diffuser l'information sur tous les problèmes socio-sanitaires.

Il s'agit de poursuivre un travail d'observation du phénomène toxicomanie qui a été débuté auprès des médecins généralistes, des différents services de soins, ainsi qu'au niveau des services de police et gendarmerie.

La méthode utilisée est l'enquête auprès de tous les pharmaciens de la région à l'aide d'un questionnaire comprenant deux volets essentiels :

- ✓ une grille de recueil d'informations sur la venue des clients toxicomanes durant une semaine,
- ✓ l'appréciation du pharmacien par rapport au calcul d'indicateurs.

Nous vous solliciterons pour réaliser ce travail durant la semaine du 19 au 25 Juin 1995.

Je me dois de vous informer que cette enquête se fera avec l'accord et l'appui du Pharmacien Inspecteur Régional, de Monsieur le Président de l'Ordre Régional des Pharmaciens, des responsables locaux des principaux syndicats de pharmaciens (Fédération des syndicats de pharmaciens, Union nationale des pharmaciens).

Enfin, je vous précise que le système d'enquête sera entièrement anonyme.

En effet, les questionnaires que vous aurez à remplir, si vous en êtes d'accord, nous seront retournés sans mention précise de votre adresse, sous enveloppe T, ce qui empêchera toute identification. De ce fait, toutes les données seront traitées en conservant l'anonymat.

Un retour d'information sera assuré par nos soins à la fin de l'étude, en principe vers la fin de l'année 1995 ou le début de 1996.

En vous remerciant vivement de bien vouloir participer à cette enquête qui permettra d'améliorer la connaissance des problèmes de la toxicomanie dans notre région,

Je vous prie d'agréer, **Madame, Monsieur**, l'expression de ma considération distinguée.

Docteur **A. OCHOA**

MODALITES DE DEMANDE ET DE DELIVRANCE DES MEDICAMENTS

TABLEAU A

MEDICAMENTS EN VENTE LIBRE

Médicaments en vente libre		Quantité délivrée			Total
		Nulle	A l'unité	Autre (>1)	
Quantité demandée	Unité	10	268*	0	278
	Autre (>1)	2	12	20*	34
	Total	12	280	20	312

* Vente des quantités demandées soit 92 % (268 + 20 = 288)

- Refus total : 4 % des cas
- Vente à l'unité : 90 % des cas
- Vente totalement honorée : 92 % des cas (= Vente des quantités demandées)

TABLEAU B

MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Médicaments sur ordonnance		Quantité délivrée			Total
		Nulle	A l'unité	Autre (>1)	
Quantité demandée	Unité	2	12*	0	14
	Autre (>1)	0	2	7*	9
	Total	2	14	7	23

* Vente des quantités demandées soit 83 % (12 + 7 = 19)

- Refus total : 9 % des cas
- Vente à l'unité : 61 % des cas
- Vente totalement honorée : 83 % des cas (= Vente des quantités demandées)

TABLEAU C
MÉDICAMENTS SUR CARNET A SOUCHES

Médicaments sur carnet à souche		Quantité délivrée			Total
		Nulle	A l'unité	Autre (>1)	
Quantité demandée	Unité	1	2*	0	3
	Autre (>1)	4	0	19*	23
	Total	5	2	19	26

* Vente des quantités demandées soit 81 % ($19 + 2 = 21$)

- Refus total : 19 % des cas

- Vente à l'unité : 8 % des cas

- Vente totalement honorée : 81 % des cas (= Vente des quantités demandées)

FREQUENCE ET POURCENTAGE DES MEDICAMENTS CITES COMME
DETOURNES DE LEUR USAGE

	Fréquence	%
ANTALVIC®	2	1,5
BRONCHOCANIS®	7	6
CODETHYLIN HOUDE®	12	10
CODOLIPRANE®	8	7
COMPRALGYL®	1	1
DEXIR®	4	3
DINACODE®	5	4
DININTEL®	3	2,5
EUCALYPTINE®	3	2,5
KLIPAL®	1	1
MERCALM®	2	1,5
NETUX®	45	37
NIVER®	7	6
PALFIUM®	4	3
PNEUMOPAN®	3	2,5
PRONTALGINE®	2	1,5
QUINTOPAN®	1	1
RESPILENE®	1	1
ROHYPNOL®	4	3
SKENAN®	1	1
SURVECTOR®	4	3
TERPINE GONNON®	1	1
TOTAL	121	100

MEDICAMENTS LES PLUS INCRIMINES :
COMPARAISON DE LEUR COMPOSITION (QUALITATIVE ET QUANTITATIVE)

	NETUX®		CODOLIPRANE®		BRONCHOCANIS®		CODETHYLINE HOUDE®	
Forme Galénique	Gélules	Suspension buv.	Comprimés	Gouttes buvables	Comprimés	Comprimés		
Contenance	Boîte de 8	Flacon 90 ml	Boîte de 16	Flacon 20 ml	Boîte de 60	Boîte de 60		
Principe actif Toxicomanogène	Codéine (1)	Codéine (1)	Phosphate codéine (2)	Codéine (3)	Chlorhydrate codéthyline			
Dosage / unité	30 mg	30 mg*	20 mg	---	5 mg			
Dosage / boîte	240 mg	180 mg	320 mg	200 mg	300 mg			
Prix de vente (francs)	12,40	13,50	16,20	Prix variant selon la marge appliquée	15,30			

(1) NETUX® : Contient

- Codéine

- Phényltoxamine (anti-histaminique H₁)

(2) CODOLIPRANE® : Contient :

- Codéine

- Paracétamol (antalgique périphérique)

(3) BRONCHOCANIS® : Contient :

- Codéine

- Chlorphéniramine maléate (anti-histaminique H₁)

- Benzoate de sodium (expectorant)

(*) Unité de prise : cuillère à soupe

CONCEPTION DU STERIBOX POUR LES PHARMACIENS

	OUI (%)	NON (%)
Simple action commerciale	2	98
Incitation à la toxicomanie	6,5	93,5
Facilite la relation avec le toxicomane	19	81
Bon outil de prévention pour les pathologies infectieuses	81	19
Augmentation de la clientèle toxicomane	5	95
La prévention doit être assurée par d'autres	9	91

**CENTRES DE SOINS SPECIALISES POUR TOXICOMANES
EN LIMOUSIN**

HAUTE VIENNE

CENTRE BOBILLOT

Centre départemental de coordination et d'information

16 Cours Jourdan

87000 LIMOGES

Fonctions du centre :

- ✧ Accueil, écoute, prévention,
- ✧ Soins et réadaptation sociale,
- ✧ Dépistage gratuit et anonyme du Sida,
- ✧ Information, documentation,
- ✧ Formation.

CREUSE

CENTRE D'ACCUEIL POUR TOXICOMANES

2 bis Rue de Stalingrad

23000 GUERET

CORRE E

CENTRE DE PREVENTION - ACCUEIL ET TOXICOMANIES

3 Boulevard du Docteur Verlhac

19100 BRIVE

CENTRE DE PREVENTION - ACCUEIL ET TOXICOMANIES

6 Avenue Raymond Poincaré

19000 TULLE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - **ANTOINE D., BOURDILLON F., PILLONEL J.**
Les toxicomanes et l'infection par le VIH.
Solidarité Santé, Juillet/Septembre 3-1994, pp. 39-44
- 2 - **AUBRY D.**
Le médicament, le pharmacien et les toxicomanies.
Thèse, Bordeaux 2, 1985
- 3 - **BARDELAY D.**
Seringues et toxicomanes.
Prescrire, 5, 46, Juin-Juillet 1985, pp. 15-16
- 4 - **BERGERET J., LEBLANC J. et coll.**
Précis des toxicomanies.
Ed. Masson 2è, pp. 159-160
- 5 - **BERIL-VALLEJO C., BERNHARD MC., HUC MC.**
Lutte contre la toxicomanie. La drogue chez les jeunes de 14 à 16 ans. Enquête dans les collèges du Limousin.
ORS du Limousin. 1989
- 6 - **BERIL-VALLEJO C., BERNHARD MC., MAILLET M.**
Le phénomène toxicomanie dans la région Limousin : étude transversale.
ORS du Limousin. Septembre 1988
- 7 - **BOLE-RICHARD M.**
Drogues en Europe : aider ou sévir. II - Des idées fausses sur l'Espagne.
Le Monde, 5 janvier 1994, p. 7
- 8 - **CARPENTIER C., COSTES JM.**
Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances.
DGLDT / OFDT, 1995
- 9 - **CHARRASSIN M.**
Evolution internationale de la législation des stupéfiants. Comparaison des législations françaises et allemandes.
Thèse, Université Louis Pasteur, Strasbourg 1, 1992
- 10 - **DEBOCK C.**
Face à la drogue : quelle politique ?
La Documentation Française, 745, 3 mars 1995
- 11 - **DECAMPS MC.**
Drogues en Europe : aider ou sévir. IV - Les Italiens disent oui à la dépenalisation.
Le Monde, 7 janvier 1994, p. 11
- 12 - **DELARUE M.**
Approche de la toxicomanie en Midi-Pyrénées en 1993.
ORS Midi-Pyrénées, Le bulletin, 37, Juin 1995, pp. 2-5

- 13 - **DOUSTE-BLAZY P.**
Circulaire relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.
DGS/SP3/94, 14, 7 mars 1994
- 14 - **FALLET C.**
Toxicomanie en Europe. A chacun sa loi.
Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2107, 4 février 1995, pp. 30-31
- 15 - **FOLLEA L.**
Le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée en France.
Le Monde, 15681, 27 juin 1995, p. 12
- 16 - **FROMENT B.**
L'esprit des drogues. La dépendance hors la loi ?
Série Mutations, 106, Avril 1989, pp. 80-84
- 17 - **GAILLAUD L.**
Drogue : la peur.
Impact Médecin Hebdo, 210, 29 octobre 1993, p. 10
- 18 - **GAILLAUD L.**
Pharmaciens sans conseil.
Impact Médecin Hebdo, 247, 9 septembre 1994, p. 30
- 19 - **GEISMAR-WIEVIORKA S.**
Les toxicomanes.
Seuil, 1995, 215 p.
- 20 - **GENET D., OCHOA A., SENE E., TROCMÉ S.**
La toxicomanie en Limousin.
ORS du Limousin, 1993, 64 p.
- 21 - **GIRARD JF.**
Circulaire relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.
DGS/SP3/95, 29, 31 mars 1995
- 22 - **GIRARD JF.**
Note d'information relative au traitement de substitution pour les toxicomanes.
DGS, 15 février 1995
- 23 - **GIRARD JF.**
Note d'information relative au traitement de substitution pour les toxicomanes.
DGS, 14 décembre 1995
- 24 - **GIRARD JF.**
Note d'information relative au traitement de substitution pour les toxicomanes.
DGS, 27 juin 1996

- 25 - **HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE**
La santé en France. Annexes. Travaux des groupes thématiques.
Ed. La Documentation Française, Novembre 1994, pp. 136-139
- 26 - **INCIYAN E.**
La France est le pays européen le plus répressif dans la lutte antidrogue.
Le Monde, 29 septembre 1995, p. 10
- 27 - **INGOLD F.**
La transmission du VIH chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations : situation et tendances.
IREP, Mars 1992, 93 p.
- 28 - **INGOLD F.**
Les effets de la libéralisation de la vente de seringues.
IREP, Rapport d'évaluation. Juillet 1988, 60 p.
- 29 - **LEFEBVRE A.**
Réduction des risques chez les UDIV. Implications du décret du 7 mars 1995 et présentation des kits destinés aux associations.
DGS, 07 avril 1995
- 30 - **MINISTERE DE L'INTERIEUR - Direction des libertés publiques et des affaires juridiques.**
Accord de Schengen, 14 juin 1985.
Décret n° 86-907 du 30 juillet 1986, article 75, p. 51, J.O. 5 août 1986.
Ed. Service de l'information et des relations publiques du Ministère de l'Intérieur, 8 mars 1996
- 31 - **MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION HUMANITAIRE**
Substances vénéneuses : listes et exonérations.
Textes législatifs et réglementaires, Avril 1993, 1209
- 32 - **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION**
Toi et la drogue.
Juin 1991
- 33 - **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE**
La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en Novembre 1993.
S.E.S.I., Document statistique, 222, Mars 1995, 73 p.
- 34 - **MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**
Dossier : Toxicomanie.
Ed. La Documentation Française, Echanges Santé-Social, 81, Mars 1996, 76 p.
- 35 - **MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**
Surveillance du sida en France.
B.E.H., 10, 5 mars 1996, pp. 45-52

- 36 - **MOLINS JM.**
Bilan positif pour l'opération stéribox.
Panorama du médecin, 4052, lundi 18 juillet 1994
- 37 - **MONDE (LE)**
Des seringues gratuites pour lutter contre le sida.
11 mars 1995
- 38 - **MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)**
Le ROHYPNOL® 2 mg interdit d'officine.
2159, 16 mars 1996, p. 8
- 39 - **MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)**
Substitution : un trafic de SUBUTEX® est-il en train de naître ?
2172, 15 juin 1996, pp. 10-11
- 40 - **NOUVELLE PHARMACEUTIQUE (LES)**
Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens : Arrêté relatif à la liste des substances classées comme stupéfiants.
349, Décembre 1995, p. 464
- 41 - **NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES)**
Dossier : Délivrance du SUBUTEX® et du TEMGESIC® en ville : des différences à bien connaître.
109, vendredi 12 avril 1996, p. 3
- 42 - **NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES)**
Dossier : Toxicomanie et sida : 2 actions concrètes et durables.
93, jeudi 29 juin 1995, pp. 6-7
- 43 - **NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES)**
Les autres produits en pratique MOSCONTIN® et SKENAN®.
90, 5 mai 1995, p. 5
- 44 - **NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES)**
Pourquoi la méthadone, pourquoi des réseaux en ville ?
85, 1, jeudi 23 février 1995, pp. 4-6
- 45 - **NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES)**
Traitement de substitution pour les toxicomanes : le sulfate de morphine "toléré" pour 6 mois.
102, jeudi 21 décembre 1995, p. 2
- 46 - **O.C.R.T.I.S.**
Infraction à la législation sur les stupéfiants. Usage de drogues en France.
Les statistiques de l'année 1991

- 47 - **O.R.S. LIMOUSIN**
La toxicomanie en Limousin.
1996, La santé observée en Limousin, Fiche 8.3 (mise à jour)
- 48 - **ORS PAYS DE LA LOIRE**
Les pharmaciens créent un réseau sentinelle !
9, Novembre-Décembre 1994, pp. 6-7
- 49 - **PARROT J.**
La recherche du moindre mal.
Nouvelles Pharmaceutiques (les), 70, 2, jeudi 2 juin 1994, pp. 9-10
- 50 - **PHARMACIEN DE FRANCE (LE)**
Utilisation détournée de certains médicaments
Affaires professionnelles. 16, 1992, p. 981
- 51 - **PRESCRIRE**
Des cas d'abus de zipéprol (RESPILENE®).
Octobre 1992 : 12, 122, pp. 479-480
- 52 - **PRESCRIRE**
Elixir parégorique : problèmes posés par son utilisation détournée par des toxicomanes.
Mai 1989 : 9, 85, pp. 201-202
- 53 - **PRESCRIRE**
Risque de toxicomanie à l'amineptine.
Juin 1994 : 14, p. 342
- 54 - **PRESCRIRE**
TEMGESIC® et toxicomanie.
Novembre 1991 : 11, 112, p. 523
- 55 - **PRESCRIRE**
Toxicomanies illicites et législations européennes.
Mai 1996 : 16, 162, p. 402
- 56 - **PRIGENT A.**
Délivrance de la méthadone à l'officine : un pharmacien sur 2 favorable.
Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2122, 20 mai 1995, p. 7
- 57 - **PRIGENT A.**
Une déclaration, sinon la sanction.
Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2110, 25 février 1995, p. 7
- 58 - **RICHARD D.**
Les dossiers du praticien : Drogue, guide pratique 1994.
Impact Médecin Hebdomadaire, 236, 13, Mai 1994, p. 24

- 59 - **SCIENCE ET VIE**
Les drogues, leurs effets, leurs dangers.
Spécial Juin 1991, pp. 78-81
- 60 - **SORBE G., CHABAUD F., BATEJAT B., PIERRES N., DUPLA V.**
Toxicomanie aux spécialités codéinées. Enquête "Codéine d'un jour".
B.E.H., 14, 1996, pp. 66-67
- 61 - **STOLTZ J.**
Les toxicomanes et le système sanitaire et social en Limousin en Novembre 1994.
Info Drass du Limousin, 7, octobre 1995
- 62 - **TRAUTMANN C.**
Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants.
Rapport au Premier Ministre, Octobre 1989
- 63 - **TURPIN V.**
Le pharmacien, les toxicomanies et les toxicomanes. Enquête auprès des pharmaciens d'officine
dans les départements : Maine et Loire, Mayenne et Sarthe.
Thèse, Université Angers, 1991
- 64 - **VIDAL 1995**

TABLE DES MATIERES

Clin d'oeil.....	2
REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	9
Abréviations.....	16
INTRODUCTION	17
CHAPITRE I	
TOXICOMANIE ET LEGISLATION.....	19
A - <u>BILAN DE LA TOXICOMANIE</u>.....	20
I - <u>DIFFERENTES SOURCES D'INFORMATIONS</u>	21
1) Le dispositif sanitaire et social.....	21
2) Le système répressif.....	22
3) Les décès et l'infection par le V.I.H.	22
4) En "population générale"	22
II - <u>INDICATEURS ET TENDANCES DES TOXICOMANIES</u>.....	23
1) La situation en France	23
1.1 - Caractéristiques sociodémographiques des toxicomanes	
1.2 - Produits consommés	
1.3 - Etat de santé des toxicomanes	
2) La situation en Limousin	28
2.1 - Les toxicomanes limousins et le système sanitaire et social	
2.2 - Les toxicomanes limousins et les interpellations	
2.3 - Caractéristiques sociodémographiques	
2.4 - Produits consommés	
2.5 - Toxicomanie et morbidité	
B - <u>LEGISLATION EN MATIERE DE TOXICOMANIE</u>.....	33
I - <u>ETUDE COMPARATIVE DES LEGISLATIONS DANS L'UNION EUROPEENNE</u>.....	34
1) Similitude entre les législations européennes.....	34
1.1 - Convention de 1961	
1.2 - Convention de 1971	
1.3 - Convention de 1988	
1.4 - Etat des ratifications des différentes conventions	

2) Différences entre les législations européennes	38
2.1 - En matière de classement des stupéfiants	
2.2 - En matière d'usage de stupéfiants	
2.3 - En matière de possession de stupéfiants en vue de l'usage	
2.4 - En matière d'articulation légale : soins / répression	
2.5 - Tableau récapitulatif	
3) Conclusion	42
II - EVOLUTION DE LA LEGISLATION FRANÇAISE DEPUIS 1970.....	42
1) Avant 1988.....	42
1.1 - Loi de 1970 : Loi Mazeaud.....	42
a) <i>Mesures de répression du trafic</i>	
b) <i>Mesures de répression de l'usage</i>	
c) <i>Mesures sanitaires de lutte injonction thérapeutique</i>	
1.2 - Mesures complétant la loi Mazeaud	45
a) <i>Circulaires</i>	
b) <i>Textes de loi</i>	
1.3 - Mesures réglementaires pour la restriction au commerce.....	46
a) <i>Substances vénéneuses</i>	
b) <i>Les seringues</i>	
1.4 - Les accords de Schengen de 1985.....	52
2) Après 1988 : Temps du Sida	52
2.1 - Mesures relatives au trafic de stupéfiants	52
a) <i>Textes de loi</i>	
b) <i>Disposition du nouveau code pénal</i>	
2.2 - Mesures générales de lutte contre la toxicomanie	53
a) <i>Circulaire du 15 février 1993</i>	
b) <i>Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 21 septembre 1993</i>	
2.3 - Mesures de prévention des risques infectieux	54
a) <i>Libéralisation de la vente de seringues</i>	
b) <i>Diversification des modes d'accès aux soins</i>	
2.4 - Mesures relatives aux traitements de substitution	56
a) <i>La méthadone</i>	
b) <i>La buprénorphine</i>	
c) <i>Autres produits de substitution</i>	
III - LEGISLATION DES MEDICAMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE DETOURNES .67	
1) Dispositions communes	68
1.1 - Classement	
1.2 - Détention	
1.3 - Mentions de l'ordonnance	
1.4 - Délivrance	
1.5 - Enregistrement	
1.6 - Renouvellement	

2) Dispositions particulières	70
2.1 - Les opiacés.....	70
a) Classés en liste I ou II	
b) En vente libre	
c) Classés sur la liste des stupéfiants	
d) Cas particulier du TEMGESIC®	
2.2 - Les psychotropes.....	78
a) Quelques spécialités	
b) Durée de prescription	
c) Nouvelle mesure pour le ROHYPNOL® 2 mg	
d) Cas du SUVECTOR®	
2.3 - Autres substances.....	80
a) Les solvants	
b) Cas particulier : RESPILENE®	

CHAPITRE II

ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE DU LIMOUSIN..... 82

INTRODUCTION.....83

A - PRESENTATION DE L'ENQUETE.....84

I - METHODOLOGIE.....85

1) Objectifs..... 85

2) Protocole..... 85

 2.1 - Constitution d'un comité de pilotage

 2.2 - Elaboration d'une base de sondage

 2.3 - Le questionnaire

 2.4 - Information et sensibilisation des pharmaciens

 2.5 - Test du questionnaire

 2.6 - Enquête par voie postale

3) Calendrier..... 88

4) Saisie des résultats..... 89

II - DIFFICULTES RENCONTREES.....89

B - RESULTATS DE L'ENQUÊTE.....90

I - GENERALITES.....92

II - CARACTERISTIQUES DES PHARMACIES ETUDIEES.....92

1) Lieu d'exercice..... 92

 1.1 - Département

 1.2 - Type de commune

 1.3 - Quartier

2) Pharmaciens..... 94

III - GRILLE D'OBSERVATIONS.....	94
1) Toxicomane.....	94
2) Produits délivrés.....	95
2.1 - Seringues	
2.2 - Stéribox	
2.3 - Préservatifs	
3) Médicaments demandés et délivrés.....	96
3.1 - Médicaments en vente libre	
3.2 - Médicaments sur ordonnance	
3.3 - Médicaments sur carnet à souches	
3.4 - Médicaments demandés un jour de garde	
3.5 - Bilan	
4) Relation pharmacien-toxicomane	98
4.1 - Demande de conseils	
4.2 - Aide proposée	
4.3 - Dialogue	
4.4 - Bilan	
IV - VOILET QUANTITATIF	100
1) Validité de la semaine enquêtée	101
2) Seringues.....	101
2.1 - Prix de vente	
2.2 - Déconditionnement pour la vente	
3) Stéribox.....	102
3.1 - Prix de vente	
3.2 - Stock	
4) Médicaments détournés de leur usage.....	103
5) Falsification d'ordonnances ou de bon de toxique	105
V - VOILET QUALITATIF	106
1) Perception du sujet toxicomane par le pharmacien	106
1.1 - Critères d'identification	
1.2 - Le toxicomane est-il malade, victime, marginal ou responsable ?	
2) Seringues et stéribox.....	107
2.1 - Décret de 1989 et son retentissement	
2.2 - Gestion de l'interdiction de vente aux mineurs	
2.3 - Stéribox : sa conception	
2.4 - Seringues ou stéribox ?	
3) Pharmaciens et prévention du Sida	109
4) Attitude du pharmacien face à la toxicomanie.....	110
4.1 - Attitude face à un client suspecté toxicomane	
4.2 - Attitude face à une demande de médicaments toxicomanogènes	
5) Sécurité et insécurité vis-à-vis de la toxicomanie	111
6) Pharmaciens et centres de prise en charge des toxicomanes.....	111

7) Formation et implication du pharmacien vis-à-vis de la toxicomanie...	112
7.1 - Formation du pharmacien	
7.2 - Implication du pharmacien	
8) Traitement de substitution.....	113
8.1 - La méthadone et sa délivrance	
8.2 - Les problèmes soulevés face à cette délivrance	
C - <u>DISCUSSION</u>	115
I - <u>LA METHODOLOGIE</u>	116
1) Choix du questionnaire	116
2) Envoi du questionnaire aux pharmaciens	116
3) Choix de la période enquêtée	116
4) Choix de l'exhaustivité	116
5) Choix de l'anonymat	117
6) Test du questionnaire.....	117
7) Choix d'une date butoir	117
II - <u>LE QUESTIONNAIRE</u>	117
III - <u>LES RESULTATS</u>	118
CONCLUSION	119
CHAPITRE III	
RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE	120
Préambule.....	121
A - <u>LE PHARMACIEN FACE AUX DEMANDES DE MEDICAMENTS</u>	122
I - <u>MEDICAMENTS EN VENTE LIBRE</u>	123
II - <u>MEDICAMENTS INSCRITS SUR LA LISTE DES SUBSTANCES VENENEUSES OU STUPEFIANTES</u>	125
B - <u>LE PHARMACIEN FACE AUX DEMANDES DE SERINGUES</u>	126
C - <u>LE PHARMACIEN FACE AUX DEMANDES DE STERIBOX</u>	130

D - LE PHARMACIEN ET LE DIALOGUE133

E - LE PHARMACIEN FACE A LA SUBSTITUTION136

CONCLUSION 141

ANNEXES 143

BIBLIOGRAPHIE 170

TABLE DES MATIERES 177

BON A IMPRIMER N° 36

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

LEYLAVERGNE (Catherine). — Toxicomanie et pharmaciens d'officine en 1995 : enquête réalisée auprès des pharmaciens du Limousin dans le cadre de l'O.R.S. — 183 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Pharm. ; Limoges ; 1996).

RESUME :

Une enquête a été mise en place dans le cadre de l'O.R.S. (Observatoire Régional de la Santé du Limousin) auprès des pharmaciens d'officine du Limousin afin d'apprécier le phénomène « toxicomanie » dans cette région.

Dans une première partie de l'étude ont été abordés, d'une part les indicateurs et tendances actuels des toxicomanies (en France et en Limousin), et d'autre part la législation en matière de lutte contre la toxicomanie dans l'Union Européenne. L'accent a tout particulièrement été mis sur l'évolution de la législation française face au problème du sida et ses conséquences.

Dans une deuxième partie, a été décrit le déroulement de l'enquête. L'analyse des résultats a porté sur le recueil de données quantitatives (nature des demandes) et qualitatives (relation pharmacien/toxicomane).

La dernière partie traite du rôle du pharmacien dans la lutte contre la toxicomanie.

MOTS-CLES :

- Toxicomanie.
 - Officine.
 - Législation.
 - Enquête.
 - Santé publique.
 - Médicaments de substitution.
 - Seringues.
 - Sida.
-

JURY : Président : M. le Professeur HABRIOUX.
Directeur : M. le Docteur OCHOA.
Juges : M^{me} CHABERNAUD-LEFLON.
M^{me} LARTIGUE.
M. PARVEAU.
