

ANNÉE 2014

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Gabriel Guigand

Présentée et soutenue publiquement le 25 mars 2014

ÉTUDE DES CONSOMMATIONS
DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
LICITES ET ILLICITES
CHEZ DES PERSONNES PLACÉES
EN GARDE À VUE

Président du jury : Monsieur le Professeur Alain Pineau
PU-PH, Pharmacologie-Toxicologie

Directeur de thèse : Madame le Docteur Caroline Vigneau
MCU-PH, Pharmacologie Clinique

Membres du Jury : Monsieur le Docteur Renaud Clément
MCU-PH, Médecine Légale
Madame le Docteur Marie Gérardin
PA, Pharmacologie Clinique
Madame le Docteur Anne-Elisabeth Franchot
Pharmacien d'officine

SOMMAIRE

Introduction	9
I. Contexte	11
A. La garde à vue	11
1. Définition	11
2. Objectifs de la garde à vue	12
3. Qui a le pouvoir de placer un individu en garde à vue ?	12
4. Durée de la garde à vue	12
5. Droits et informations au gardé à vue	13
6. La réforme de la garde à vue	13
B. L'examen médical en garde à vue	14
1. Cadre juridique de l'examen médical en garde à vue	14
2. Qui peut le demander ?	14
3. Lieu de l'examen médical	15
4. Personnel habilité	16
5. Objectifs de l'examen médical	16
5.1. Objectif principal	16
5.2. Objectifs secondaires	17
5.3. Situations particulières	18
C. Evaluation des modalités de consommation de substances psychoactives	21
1. La dépendance	21
2. Principales substances psychoactives	25
3. Etat des lieux de la consommation de substances psychoactives en France	36
4. L'évaluation de la pharmacodépendance en France	38
5. Intérêt de l'approche des gardés à vue pour l'évaluation des substances	41
II. Protocole	43
A. Objectifs de l'étude	43
B. Méthodologie	43
1. Design et période de l'étude	43
2. Lieu de l'étude	43
3. Comité de pilotage	43
4. Population étudiée	44
5. Recueil et traitement des données	45
6. Données étudiées	45
6.1. Données administratives	45
6.2. Données socio-économiques	45
6.3. Données relatives à la garde à vue	46
6.4. Données médicales	46
7. Outils de dépistage et d'évaluation	47
7.1. Evaluation de la dépendance à la nicotine	47
7.2. Dépistage de la consommation à risque ou nocive d'alcool	50
7.3. Evaluation de la consommation de substances psychoactives illicites et/ou médicamenteuses	50
III. Résultats	53
A. Données sociodémographiques	53
1. Sexe	53
2. Age	53
3. Situation socio-professionnelle	54
3.1. Isolement	54
3.2. Enfants à charge	55
3.3. Logement stable	55
3.4. Situation professionnelle et revenus	55

B. Données juridiques.....	55
1. Connaissance de la garde à vue	55
2. Motifs de la garde à vue	56
3. Etat d'ivresse et/ou récidive.....	57
C. Données médicales.....	57
1. Pathologies déclarées	57
2. Traitements en cours	58
2.1. Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).....	58
2.2. Autres opiacés	59
2.3. Benzodiazépines	60
2.4. Antidépresseurs	61
2.5. Neuroleptiques	62
D. Consommation de substances psychoactives.....	63
1. Tabac.....	63
2. Alcool.....	64
3. Substances psychoactives illicites et médicamenteuses	65
3.1. Généralités	65
3.2. Modes d'obtention.....	67
3.3. Voies d'administration	68
3.4. Effets recherchés.....	69
3.5. Prix de la consommation par substance.....	70
3.6. Analyse des critères du DSM-IV	70
3.7. Analyse de la dépendance.....	75
IV. Discussion.....	81
Conclusion.....	93

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Estimation du nombre d'expérimentateurs et d'usagers dans l'année de substances psychoactives parmi les 18-64 ans, en France métropolitaine, 2010 (en %) (Baromètre Santé, 2010 dans OFDT, 2013)

Figure n°2 : Test de la Dépendance à la Nicotine de Fagerström (Heatherton, 1991)

Figure n°3 : Interprétation du score obtenu au test de Fagerström (Heatherton, 1991)

Figure n°4 : Interprétation du score obtenu au test HSI (Fagerström, 1990)

Figure n°5 : Test DETA/CAGE (Rueff, 1989)

Figure n°6 : Pyramide des âges de la population étudiée

Figure n°7 : Répartition des individus en fonction du dosage journalier en buprénorphine

Figure n°8 : Répartition des individus en fonction du dosage journalier en méthadone

Figure n°9 : Répartition des consommateurs de benzodiazépines

Figure n°10 : Répartition des consommateurs d'antidépresseurs

Figure n°11 : Répartition des consommateurs de neuroleptiques

Figure n°12 : Répartition des individus en fonction du score obtenu au test HSI

Figure n°13 : Répartition des individus en fonction du score au test CAGE/DETA

Figure n°14 : Substances psychoactives consommées et effectifs correspondants

Figure n°15 : Substances psychoactives consommés et effectifs correspondants (hors Cannabis)

Figure n°16 : Pourcentage de positivité des sept critères de la dépendance pour le cannabis, la cocaïne et l'héroïne

Figure n°17 : Pourcentage de positivité de l'item « tolérance » pour chaque substance

LISTE DES FIGURES (suite)

Figure n°18 : Pourcentage de positivité de l'item « symptômes de sevrage » pour chaque substance

Figure n°19 : Pourcentage de positivité de l'item « quantité ou durée supérieure » pour chaque substance

Figure n°20 : Pourcentage de positivité de l'item « désir d'arrêt » pour chaque substance

Figure n°21 : Pourcentage de positivité de l'item « temps passé » pour chaque substance

Figure n°22 : Pourcentage de positivité de l'item « arrêt des activités » pour chaque substance

Figure n°23 : Pourcentage de positivité de l'item « problèmes de santé » pour chaque substance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Critères de diagnostic de l'abus, de la dépendance et des troubles liés à l'utilisation d'une substance

Tableau n°2 : Répartition de la population étudiée en fonction du sexe

Tableau n°3 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge

Tableau n°4 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'isolement

Tableau n°5 : Classification des motifs de placement en garde à vue et effectifs correspondants

Tableau n°6 : Classification des pathologies mentales observées et effectifs correspondants

Tableau n°7 : Benzodiazépines consommées et effectifs correspondants

Tableau n°8 : Antidépresseurs consommés et effectifs correspondants

Tableau n°9 : Neuroleptiques consommés et effectifs correspondants

Tableau n°10 : Réponses aux questions du test HSI et effectifs correspondants

Tableau n°11 : Scores obtenus au test CAGE/DETA et effectifs correspondants

Tableau n°12 : Modes d'obtention des substances psychoactives et effectifs correspondants

Tableau n°13 : Voies d'administration des substances psychoactives et effectifs correspondants

Tableau n°14 : Effets recherchés par la consommation de cannabis et effectifs associés

Tableau n°15 : Effets recherchés par la consommation de cocaïne et effectifs associés

Tableau n°16 : Effets recherchés par la consommation d'opiacés et effectifs associés

Tableau n°17 : Proportions d'items de la dépendance positifs pour chaque substance

Tableau n°18 : Situations de dépendance et de non-dépendance par substance

LISTE DES TABLEAUX (suite)

Tableau n°19 : Proportions d'items positifs et négatifs dans les situations de dépendance et de non-dépendance

Tableau n°20 : Comparaison des données sociodémographiques, juridiques et médicales dans les situations de dépendance et de non-dépendance

LISTE DES ABREVIATIONS

- AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
- ASOS** : Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées
- CEIP-A** : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance
- CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- CNS** : Conseil National du Sida
- CPP** : Code de Procédure Pénale
- CSP** : Code de la Santé Publique
- DRAMES** : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- MCU** : Maître de Conférence Universitaire
- NOTS** : Notification Spontanée
- OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- OPEMA** : Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire
- OPPIDUM** : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse
- OSIAP** : Ordonnances Suspectes, Indicateur d'Abus Possible
- PA** : Praticien Attaché
- PH** : Praticien Hospitalier
- PU** : Professeur des Universités
- RCP** : Résumé des Caractéristiques du Produit
- SFA** : Société Française d'Alcoologie
- SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgences
- TSO** : Traitement de Substitution aux Opiacés
- VHB** : Virus de l'Hépatite B
- VHC** : Virus de l'Hépatite C
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Les substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites, peuvent faire l'objet d'abus voire même induire une dépendance. Toutes les consommations ne sont pas problématiques mais les conséquences dommageables médicales et psycho-sociales induites chez certains sujets imposent l'existence d'un dispositif d'évaluation de ces substances.

Le système d'évaluation de la pharmacodépendance existe en France depuis 1990 et repose sur un réseau national de treize Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance (CEIP-A), structures médicales intégrées au sein des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et coordonnées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM). Ce réseau couvre l'ensemble du territoire et se situe à l'interface entre les différents professionnels de santé et les instances officielles (ANSM, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, etc.).

Les CEIP-A ont, d'une part, une mission de recueil et d'évaluation des cas d'abus ou de pharmacodépendance notifiés par les professionnels de santé. Ils ont, d'autre part, une mission d'information et de formation auprès de ces mêmes professionnels sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives licites ou illicites. Enfin, ces structures mènent également des travaux de recherche nécessaires à l'amélioration des connaissances sur les substances et sur la pharmacodépendance qu'elles induisent.

Afin de remplir leurs différentes missions, les CEIP-A ont développé de nombreux outils permettant l'identification et l'analyse de tendances en matière de consommation mais également la détection de nouvelles substances psychoactives et l'évaluation de leur potentiel de dépendance et de dangerosité. Ces outils reposent notamment sur les Notifications Spontanées (NOTS) des cas d'abus ou de dépendance à une substance mais également sur des nombreuses enquêtes effectuées auprès des professionnels de santé et des structures de soins ou d'accueil spécialisées en addictologie.

Dans le but d'enrichir les connaissances en matière de pharmacodépendance, nous nous sommes intéressés à une population vulnérable, celle des personnes placées en garde à vue. Compte tenu des contraintes réglementaires et de la confidentialité

imposées par la mesure, les informations relatives à ces individus sont rares, en particulier en termes de consommations. Aussi, un recueil de données innovant a été mis en place à Nantes grâce à l'étroite collaboration entre le CEIP-A et le service de médecine légale du CHU. Ce travail de thèse porte sur l'étude des données relatives à la consommation de substances psychoactives licites et illicites dans cette population particulière.

Dans un premier temps, nous décrirons le contexte de ce travail, à savoir la garde à vue et plus particulièrement l'examen médical systématiquement proposé au cours de cette mesure. Nous rappellerons également quelques généralités sur la pharmacodépendance et sur les principales substances consommées. Dans un deuxième temps, nous détaillerons le protocole de l'étude et exposerons les premiers résultats. Nous terminerons par une discussion de ces résultats et proposerons des mesures correctives de manière à améliorer le recueil de données au cours des prochaines années.

I. Contexte

A. La garde à vue

1. Définition

La garde à vue est une mesure permettant à un officier de police judiciaire de garder, pendant un délai fixé par la loi, toute personne pour les besoins d'une enquête, sans avoir à justifier de charges particulières contre elle (*Larousse, 2012*).

Il s'agit donc d'une mesure privative de liberté dont la durée dépend du type de l'infraction susceptible d'avoir été commise.

Il est important de distinguer la garde à vue des différentes notions suivantes :

- La détention provisoire s'applique à la demande d'un juge d'instruction et correspond au placement d'un individu en prison avant son jugement (*Ministère de la justice, 2011*),
- L'emprisonnement est une mesure de placement d'une personne condamnée par une décision de justice en établissement pénitentiaire. On parle de réclusion criminelle pour la peine privative de liberté, prononcée par une cour d'assises, d'une durée comprise entre dix ans et la perpétuité (*Ministère de la justice, 2008*),
- La vérification d'identité permet de retenir pendant au maximum quatre heures les personnes qui, à l'occasion d'un contrôle d'identité, ont refusé ou se sont trouvées dans l'impossibilité de justifier de leur identité (*Article 78-3, CPP*),
- La retenue d'un mineur de 10 à 13 ans n'est possible que s'il existe des indices laissant présumer qu'il a commis ou tenté de commettre un crime ou un délit pouvant être puni de 5 ans d'emprisonnement ou plus (*Article 4, Ordonnance n°45-174 relative à l'enfance délinquante*),
- Le séjour dans une chambre de dégrisement correspond à la rétention d'une personne en état d'ivresse en chambre de sureté, le temps qu'elle ait recouvré la raison (*Article L3341-1, CSP*),
- Le maintien d'un étranger ne disposant pas de titre de séjour pour entrer sur le territoire (*Article L551-1, Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*).

2. Objectifs de la garde à vue

La garde à vue consiste à maintenir une personne suspecte à disposition d'un officier de police judiciaire et donc de la priver de sa liberté d'aller et venir.

Cette mesure doit constituer l'unique moyen de parvenir à l'un au moins des objectifs suivants (*Article 62-2, CPP*) :

- Permettre l'exécution des investigations impliquant la présence ou la participation de la personne,
- Garantir la présentation de la personne devant le procureur de la République,
- Empêcher que la personne ne modifie les preuves ou indices matériels,
- Empêcher que la personne ne fasse pression sur les témoins ou les victimes ainsi que sur leur famille ou leurs proches,
- Empêcher que la personne ne se concerta avec d'autres personnes susceptibles d'être ses coauteurs ou ses complices,
- Garantir la mise en œuvre des mesures destinées à faire cesser le crime ou le délit.

3. Qui a le pouvoir de placer un individu en garde à vue ?

Conformément aux articles 63, 77 et 154 du code de procédure pénale, seuls les officiers de police judiciaire de la police ou de la gendarmerie nationale ont le pouvoir de placer en garde à vue une personne susceptible d'avoir commis ou tenté de commettre une infraction.

4. Durée de la garde à vue

La mesure de la garde à vue ne peut excéder 24 heures mais peut être renouvelée de 24 heures supplémentaires sur autorisation du procureur de la République ou du juge d'instruction (*Article 63, CPP*).

Il existe cependant quelques exceptions :

- Mineurs de 10 à 13 ans : ils ne peuvent être placés en garde à vue. En revanche, une mesure de retenue judiciaire est possible dans certains cas (crimes ou délits

punis d'au moins cinq années d'emprisonnement). Elle est alors limitée à 12 heures renouvelables pour une nouvelle période de 12 heures (*Article 4, Ordonnance n°45-174 relative à l'enfance délinquante*),

- Délinquance, criminalité organisée, trafic de stupéfiants : la garde à vue peut atteindre 96 heures (*Article 706-88, CPP*),
- Terrorisme : la mesure ne peut excéder 144 heures (*Article 706-88-1, CPP*).

5. Droits et informations au gardé à vue

Suite à son placement en garde à vue, l'individu doit recevoir les informations suivantes dans la langue qu'il comprend, soit oralement soit au moyen de formulaires écrits (*Article 63-1, CPP*):

- Le(s) motif(s) de la mise en garde à vue,
- La durée légale maximum de la garde à vue,
- Le droit à l'assistance d'un avocat,
- Le droit de se taire,
- Le droit de faire avertir un proche à partir de la troisième heure de garde à vue,
- Le droit à un examen médical.

6. La réforme de la garde à vue

La réforme de la garde à vue entrée en vigueur le 1^{er} juin 2011 a pour premier objectif de réduire le nombre de gardes à vue en France et pour second objectif d'améliorer les droits des personnes soumises à cette mesure. (*Projet de loi relatif à la garde à vue, Octobre 2010*)

La garde à vue devient réservée à « une personne contre laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement » (*article 2 de la loi n°2011-392 du 14 avril 2011, Journal officiel*). Auparavant, toutes les infractions pouvaient faire l'objet de cette mesure, y compris les simples contraventions.

D'autre part, l'avocat peut désormais assister son client tout au long de la procédure et être présent lors des auditions si la personne en fait la demande (*article 6 de la loi n°2011-392 du 14 avril 2011, Journal officiel*). Supprimé en 2003, le droit de se taire est rétabli et applicable une fois l'identité du gardé à vue déclinée. Un délai de carence de deux heures, pendant lequel ce dernier peut garder le silence, est désormais institué et permet à l'avocat de se rendre sur le lieu de l'audition (*article 3 de la loi n°2011-392 du 14 avril 2011, Journal officiel*).

De plus, le gardé à vue peut dorénavant faire prévenir deux personnes, à savoir un membre de sa famille et son employeur. Auparavant, seule une personne pouvait être avertie de sa situation (*article 4 de la loi n°2011-392 du 14 avril 2011, Journal officiel*).

Enfin, l'examen médical, s'il est accepté, doit se dérouler « à l'abri du regard et de toute écoute extérieurs » de manière à respecter à la fois le secret professionnel mais également « la dignité de la personne humaine » (*article 5 de la loi n°2011-392 du 14 avril 2011, Journal officiel*).

B. L'examen médical en garde à vue

1. Cadre juridique de l'examen médical en garde à vue

D'après l'article 63-3 de la loi n°93-2 du 4 janvier 1993, « Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin. En cas de prolongation, elle peut demander à être examinée une seconde fois ».

Ce droit est systématiquement proposé dès le placement en garde à vue. Il est valable pendant toute la durée de la garde à vue et sa demande doit être renouvelée en cas de prolongation de la mesure.

L'examen médical est réalisé sans délai sur réquisition judiciaire rédigée par un officier de police judiciaire. Il est obligatoire pour les mineurs de moins de seize ans et facultatif au delà de seize ans.

2. Qui peut le demander ?

L'examen médical en garde à vue peut être réclamé par la personne gardée à vue ainsi qu'un membre de sa famille ou ordonné par un officier de police judiciaire ou un

magistrat si les conditions d'interpellation nécessitent que l'état de santé de la personne soit évalué et surveillé ou si l'état de santé apparent ou connu de la personne le suggère (*Article 63-3, CPP*).

Il est important de noter que si un proche demande un examen médical mais que le principal intéressé s'y oppose, le médecin ne pourra le pratiquer et ce refus devra être acté dans la procédure. De même, bien que l'examen médical soit obligatoire pour les mineurs de dix à seize ans, ils peuvent le refuser. Le médecin doit alors se rendre auprès du patient pour s'assurer de la réalité du refus et vérifier l'absence d'un état confusionnel ou d'une détresse vitale visible (*Conférence de consensus : Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, 2004*).

3. Lieu de l'examen médical

Il est fortement recommandé de pratiquer l'examen médical dans les locaux des services d'enquête dans le but d'apprécier au mieux les conditions matérielles dans lesquelles se déroule la garde à vue. En effet, ces conditions sont susceptibles d'intervenir dans la décision finale du médecin, à savoir la poursuite ou non de la garde à vue sur place (*Conférence de consensus : Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, 2004*). Plus rarement, l'examen médical est effectué sur les lieux de l'infraction ou au domicile de la personne, au sein d'une structure hospitalière dédiée à la médecine légale ou dans le cabinet médical d'un médecin relevant d'un réseau de proximité.

Les locaux ainsi que le matériel doivent répondre à des exigences en terme d'hygiène, de sécurité et de confidentialité. Idéalement, le médecin et le gardé à vue doivent être seuls dans la pièce au moment de l'examen médical mais les fonctionnaires ou militaires doivent être en mesure d'intervenir immédiatement si le praticien en fait la demande grâce à un dispositif d'appel d'urgence. Le temps de l'examen clinique doit se dérouler à l'abri des regards et de toute écoute extérieure (*Chariot, 2012*).

Le local doit être propre et pourvu d'un support horizontal permettant l'examen clinique en position allongée et d'un lave main pour le praticien. Ce dernier apporte son propre matériel médical (*Ministère de la Santé, Bonnes pratiques, 2009*).

A noter qu'il est difficile de répondre à l'ensemble de ces exigences tant au niveau technique qu'en terme de respect de la confidentialité.

4. Personnel habilité

Tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins peut être requis pour examiner une personne gardée à vue (*Ministère de la Santé, Bonne Pratiques, 2009*) mais la loi stipule que le choix du praticien est réservé à l'officier de police judiciaire ou au procureur de la République (*Article 63-3, CPP*).

Dans la pratique, les structures hospitalières dédiées à la médecine légale doivent être sollicitées en premier lieu. En leur absence, il est recommandé de constituer un réseau de proximité pouvant comporter des structures privées ou associatives de médecine légale, des médecins libéraux exerçant à proximité ou des praticiens des services d'urgences hospitalières si leur effectif est suffisant. L'établissement de listes et de dispositifs d'astreintes judiciaires de médecins volontaires ne peut se faire qu'à l'initiative du procureur de la République (*Ministère de la Santé, Bonne pratiques, 2009*). Chaque médecin requis est rémunéré au titre des frais de justice (*Article R92, CPP*) et selon une grille établie par le législateur (*Article R117, CPP*).

La conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004 recommande que le praticien réponde à des critères d'indépendance et de compétences. En effet, il ne doit pas entretenir de relation privilégiée ni avec l'autorité requérante ni avec la personne gardée à vue. Par ailleurs, ses connaissances en matière de clinique et de pratique médico-judiciaire doivent être validées en formation initiale et continue. Les auteurs recommandent également la pratique régulière de ce type d'examen.

5. Objectifs de l'examen médical

5.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'examen médical en garde à vue est de vérifier l'absence de risque pour la santé de l'individu en prenant en compte le délai de la mesure privative de liberté ainsi que les conditions dans lesquelles elle se déroule.

D'autre part, le médecin requis se doit de constater toutes lésions traumatiques visibles et récentes, notamment en cas de plaintes ultérieures du gardé à vue.

A l'issue de cet examen, deux certificats médicaux seront remis à l'officier de police judiciaire et joints au dossier. L'un détermine la compatibilité de l'état de santé physique et psychique de la personne avec son maintien en garde à vue, l'autre décrit les éventuelles lésions traumatiques récentes (*Article 63-3, CPP*).

5.2. Objectifs secondaires

La conférence de consensus de décembre 2004 relative à l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue rappelle, qu'outre la mission médico-judiciaire, le praticien est en charge d'une mission médicale comportant différents aspects.

Il se doit d'informer la personne gardée à vue qu'il agit sur réquisition judiciaire et doit détailler les différentes missions dont il est en charge en précisant qu'il agit en toute indépendance et reste soumis au secret professionnel.

Par ailleurs, l'approche médicale doit permettre de recueillir les doléances du patient, de rechercher d'éventuelles pathologies particulières, de repérer certains risques (idées suicidaires, conduites addictives et pathologies mentales), de veiller à la continuité des soins et de proposer, le cas échéant, une prise en charge thérapeutique adaptée.

De plus, un dispositif de surveillance peut être mis en place si le maintien de la garde à vue dans les locaux le nécessite. Les gardiens, ayant une obligation de protection, peuvent être sollicités par le praticien pour surveiller la personne gardée à vue ou lui délivrer des médicaments.

D'autre part, le médecin doit rédiger une fiche médicale confidentielle comportant les antécédents médico-chirurgicaux, les traitements en cours, les conditions de la garde à vue, les données de l'examen clinique et les éventuels examens complémentaires effectués ou traitements médicamenteux administrés. Ces informations, soumises au secret professionnel, sont conservées par le médecin et ne doivent, en aucun cas, être transmises à l'autorité requérante.

Si l'état de la personne placée en garde à vue le justifie, un traitement médicamenteux peut être prescrit et/ou administré afin de maintenir les soins en cours (pathologies chroniques à risque de décompensation) ou de palier à une situation d'urgence si cela permet le maintien de la mesure de garde à vue. Dans tous les cas, le praticien ne doit pas remplacer le médecin traitant et il est préférable que l'ordonnance

antérieure établie par ce dernier ainsi que les médicaments soient directement remis au service enquêteur.

5.3. Situations particulières

Pathologies à risque de décompensation :

Grâce à l'interrogatoire ou au cours de l'examen clinique, certaines pathologies à risque de décompensation doivent impérativement être identifiées : l'asthme, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension artérielle. En effet, l'arrêt intempestif d'un traitement chronique, les conditions environnementales liées au placement en garde à vue et le stress imposé par cette mesure peuvent conduire au déséquilibre de ces pathologies.

Chez le patient asthmatique, une telle situation expose l'individu à la survenue d'une crise d'asthme ou d'un asthme aigu grave qui met en jeu le pronostic vital.

De même, ces éléments peuvent déséquilibrer un diabète et aboutir à différentes formes de complications aiguës (hypoglycémie, acidocétose diabétique, coma hyperosmolaire, acidose lactique).

Le repérage des individus épileptiques est également indispensable puisque les crises convulsives peuvent être responsables de traumatismes (chute, blessures, morsure de la langue, etc.). Par ailleurs, l'apparition d'un état de mal épileptique, complication la plus grave de cette pathologie, peut engager le pronostic vital et fonctionnel du gardé à vue.

De même, une urgence hypertensive, se caractérisant par l'existence de signes de souffrance viscérale, nécessite d'initier un traitement sans délai et impose l'hospitalisation. Il est important de noter que les conditions de calme et de repos nécessaire à la prise de tension artérielle ne sont généralement pas celles d'une garde à vue et que les valeurs obtenues sont parfois difficilement interprétables.

Pathologies mentales et risque suicidaire :

D'après une étude sur la santé et le suivi psychiatrique des détenus en France, il existe une surreprésentation des pathologies mentales en milieu carcéral (Coldefy, 2002). Cette réalité doit pousser le praticien à être vigilant lors des examens médicaux en garde à vue. En effet, certaines situations constituent des contre-indications strictes à la poursuite de la mesure notamment le risque suicidaire imminent, la psychose aiguë, l'agitation délirante et l'état confusionnel. Au moindre doute, il est recommandé de réaliser, le plus rapidement possible, une évaluation psychologique par un médecin psychiatre. (*Conférence de consensus : Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, 2004*)

Maladies infectieuses :

Le risque infectieux concerne la personne placée en garde à vue mais également les différents individus pouvant être en contact avec elle au cours de la mesure. Il dépend des liquides biologiques concernés et de la situation (contact prolongé et/ou rapproché, interpellations violentes, blessures, piqûres, etc.).

Le dépistage des maladies transmissibles n'est pas recommandé au cours de la garde à vue sauf s'il est nécessaire de connaître le statut sérologique de la personne en cas d'accident d'exposition au sang ou en cas d'agression sexuelle (*Article 706-47-2, CPP*). Cependant, il est préconisé d'appliquer et de faire appliquer les règles d'hygiène universelles dans tous les cas (*Conférence de consensus : Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, 2004*).

Par ailleurs, certaines maladies infectieuses nécessitent un traitement chronique pour lesquelles l'observance est primordiale. Les recommandations du groupe d'experts concernant la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) indique qu'il est préférable de maintenir le traitement antiviral et prophylactique des maladies opportunistes et qu'en cas de rupture elle doit être la plus brève possible (Yeni, 2010). De même, dans son rapport relatif au suivi des traitements en garde à vue, le Conseil National du SIDA (CNS) recommande de favoriser l'accessibilité aux traitements antirétroviraux à toute personne concernée par la mesure (CNS, 1998).

Consommation de substances psychoactives :

Les états d'intoxication et de sevrage à une substance se manifestent par des symptômes souvent révélateurs de son utilisation.

L'intoxication aiguë correspond à un état pathologique lié à l'exposition à un toxique ou à une substance psychoactive administrés par inhalation, par ingestion, par injection, par voie cutanée ou par voie oculaire. L'apparition, la persistance et l'évolution des symptômes d'une intoxication aiguë dépendent de la demi-vie de la substance et de la tolérance du sujet.

Le syndrome de sevrage se définit comme un ensemble de symptômes survenant lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive utilisée de façon répétée et massive. Son apparition constitue un critère de dépendance physique et est un élément permettant le diagnostic d'un syndrome de dépendance.

En règle générale, les manifestations d'un syndrome de sevrage sont à l'opposé de celles d'une intoxication aiguë. Aussi, ces deux notions doivent être distinguées puisque leurs complications et leur prise en charge diffèrent.

De manière à homogénéiser les pratiques, des supports écrits de formation ont été rédigés par le CEIP-A de Nantes à destination des médecins réquisitionnés pour les gardes à vue (*Annexe 1*). Ces documents décrivent les différents troubles liés à la consommation d'alcool et d'opiacés et la conduite à tenir face à de telles situations.

Concernant l'alcool, les personnes placées en garde à vue pour conduite en état d'ivresse, celles qui déclarent en avoir consommé ou qui présentent des signes cliniques évocateurs doivent faire l'objet d'une attention particulière. D'après la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU), la prise en charge des intoxications éthyliques aiguës non compliquées associe surveillance et hydratation abondante per os (*SFMU, 1992*). En présence de signes de gravité, il est recommandé de transférer le gardé à vue vers le service d'accueil et d'urgences pour une prise en charge adaptée.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) rappelle que le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation mais qu'il nécessite une prise en charge médicalisée (*ANAES, 1998*) Il est donc recommandé de transférer en

milieu hospitalier tout gardé à vue présentant des signes de sevrage alcoolique pour qu'il bénéficie d'une prise en charge symptomatique adaptée.

Concernant les opiacés, la complication la plus grave d'une intoxication aiguë est l'overdose dont les signes cliniques sont majorés en cas de co-consommations, notamment d'alcool et/ou de benzodiazépines. Il convient d'orienter le gardé à vue en milieu hospitalier si des signes de gravité apparaissent.

De même, s'il déclare consommer des opiacés et si le diagnostic de syndrome de sevrage est posé, il est recommandé de transférer l'individu vers le service d'accueil des urgences. En revanche, si le gardé à vue consomme un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) et qu'il est capable de le justifier (ordonnance, appel du médecin prescripteur, etc.), la délivrance du TSO et son administration en présence du médecin sont recommandées de manière à bénéficier de la continuité des soins (ANAES, 2004).

C. Evaluation des modalités de consommation de substances psychoactives

1. La dépendance

En 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la dépendance comme étant « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non ».

Cette définition nous amène à distinguer deux types de dépendance qui sont étroitement liés :

- la dépendance psychique qui se définit comme le désir de consommer la substance pour obtenir des effets satisfaisants et éviter le malaise psychique ;

- la dépendance physique qui correspond au besoin incontrôlable de consommer la substance pour éviter un syndrome de sevrage, c'est à dire l'apparition de troubles physiques intenses en cas d'arrêt de la consommation.

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux décrit la dépendance de la manière suivante (*DSM-IV, 2000*) :

« Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

1. Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance,
2. Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance,
 - b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage,
3. La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu,
4. Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance,
5. Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets,
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance,
7. L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance. »

Dans cette définition, les deux premières manifestations de la dépendance, à savoir l'apparition d'une tolérance et l'existence d'un syndrome de sevrage, font références à la dépendance physique de l'individu. Les deux critères suivants décrivent la dimension compulsive du comportement du patient alors que les trois derniers explorent les conséquences dommageables de la consommation sur la personne.

Le DSM-IV distingue la dépendance de l'abus dont la définition est la suivante (*DSM-IV, 2000*) :

« Mode d'utilisation inadéquate d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères),
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut-être physiquement dangereux (par exemple : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance),
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance),
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : dispute avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres),

Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance. »

Depuis le mois de mai 2013, la cinquième édition du DSM (DSM-V), publiée par l'Association Américaine de Psychiatrie, remplace la quatrième édition (DSM-IV) sur laquelle nous nous sommes basés pour mener l'étude des consommations de substances

psychoactives chez les gardés à vue. Cette nouvelle version fait apparaître des modifications dans le domaine de l'addictologie. Désormais, les notions d'abus et de dépendance sont regroupées sous l'expression "troubles liés à l'utilisation d'une substance" qui comporte onze critères de diagnostic.

Le tableau suivant synthétise et compare les différents critères de diagnostic de l'abus (DSM-IV), de la dépendance (DSM-IV) et des troubles liés à l'utilisation d'une substance (DSM-V).

	Abus DSM-IV	Dépendance DSM-IV	Troubles liés à l'utilisation d'une substance DSM-V
Incapacité de remplir des obligations majeures	1		5
Danger physique	2		8
Problèmes judiciaires	3		
Problèmes sociaux/interpersonnels	4		6
Tolérance		1	10
Syndrome de sevrage		2	11
Quantité supérieure/Durée supérieure		3	1
Désir d'arrêt		4	2
Temps passé		5	3
Arrêt ou réduction des activités		6	7
Problèmes de santé		7	9
Craving			4
DIAGNOSTIC :	1 critère ou plus	3 critères ou plus	2-3 : trouble léger 4-5 : trouble modéré > 5 : trouble sévère

Tableau n° 1 : Critères de diagnostic de l'abus, de la dépendance et des troubles liés à l'utilisation d'une substance

On retrouve dans ce nouvel ouvrage les sept critères de la dépendance et trois des quatre critères de l'abus du DSM-IV dont voici la classification :

- Les critères 1 à 4 font référence à la perte de contrôle au cours de l'utilisation de la substance,
- Les critères 5 à 7 renvoient à l'altération du fonctionnement social causée par une telle utilisation,

- Les critères 8 et 9 sont liés aux risques physiques et psychiques de la consommation,
- Les critères 10 et 11 se réfèrent aux signes de dépendance physique et constituent des critères pharmacologiques.

Dans la nouvelle version du DSM, le critère relatif aux problèmes judiciaires induits par la consommation est supprimé et la notion de « craving » (critère n°4) fait son apparition. Le craving correspond au désir intense de consommer la substance et à l'incapacité de penser à autre chose. Cette envie peut survenir à n'importe quel moment mais apparaît plus fréquemment dans un environnement où la substance a déjà été obtenue ou utilisée. Le craving peut être un signe évocateur d'une rechute imminente.

Par ailleurs, le nombre de critères observés sur une période de douze mois consécutifs permet, désormais, d'évaluer la sévérité du trouble :

- la présence de 2 ou 3 critères signe à un trouble léger,
- la présence de 4 ou 5 critères signe un trouble modéré,
- et la présence de plus de 5 critères signe un trouble sévère.

L'intérêt de cette nouvelle définition réside dans l'introduction de la notion de gravité du trouble. Elle rejoint et conforte l'initiative des CEIP-A qui s'efforcent d'évaluer de manière nationale et standardisée la gravité des pharmacodépendances depuis quelques années.

2. Principales substances psychoactives

L'ETHANOL :

- Généralités :

L'éthanol ou l'alcool éthylique est couramment appelé « alcool » car il est retrouvé en proportions variables dans les boissons fermentées (bière, vin, cidre, etc.) et les boissons spiritueuses obtenues par distillation.

- Pharmacologie :

L'éthanol fait partie des substances psychoactives et agit comme dépresseur du système nerveux central en interagissant principalement avec les récepteurs de l'acide γ -aminobutyrique (GABA) de type A. Le récepteur GABA-A est un canal ionique possédant plusieurs sites de fixation mais dont l'activation requiert obligatoirement la présence du GABA, principal neuromédiateur inhibiteur du système nerveux central. La fixation de ce ligand sur son récepteur entraîne l'ouverture du canal et le passage d'ions chlorures à l'intérieur du neurone. Cet afflux de charges négatives à l'intérieur de la cellule provoque son hyperpolarisation et est responsable d'une inhibition neuronale. L'éthanol agit comme modulateur allostérique du récepteur GABA-A. En d'autres termes, sa consommation potentialise l'activité du GABA et, par conséquent, augmente ses propriétés inhibitrices sur le système nerveux central.

- Intoxication aiguë :

Au cours de l'intoxication aiguë alcoolique, peu de temps après l'ingestion d'alcool, apparaissent des modifications comportementales et/ou psychologiques inadaptées qui s'accompagnent d'au moins un des signes suivants (*SFMU, 1992*) :

- logorrhée,
- injection conjonctivale,
- incoordination motrice,
- démarche ébrieuse,
- altération de la vigilance,

L'intensité de ces symptômes dépend du niveau d'imprégnation alcoolique de la personne et de sa tolérance à l'alcool. Dans les cas les plus extrêmes, et notamment lorsque l'éthanolémie dépasse 2 à 3 g/L, l'individu s'expose à des complications qui peuvent être mortelles : hypoglycémie, déshydratation, hypothermie, inhalation de vomi, troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma et traumatisme crânien ou tout autre traumatisme/plaie.

- Intoxication chronique :

La consommation chronique d'alcool est responsable de nombreuses complications dont les plus fréquentes sont digestive et neuropsychologique.

L'alcoolisme chronique est impliqué dans le développement de carences vitaminiques par défaut d'absorption intestinale des vitamines, notamment celles du groupe B. Le déficit en vitamines du groupe B provoque des signes neurologiques (paresthésie, hypoesthésie) mais également des troubles de la mémoire et de la concentration. Une carence en vitamine B1 provoque également des signes généraux (asthénie, amaigrissement, anorexie) associés à des signes cardiaques (insuffisance cardiaque). Le déficit en vitamine B6 est impliqué dans l'apparition de lésions cutanées (glossites, stomatites) et celui en B9 induit une macrocytose globulaire.

Sur le plan digestif, la prise d'alcool en grande quantité est responsable d'une stéatose hépatique qui correspond à une surcharge lipidique du foie. Ce type de lésion est lié à un défaut de catabolisme des acides gras et peut évoluer en hépatite alcoolique traduisant un processus inflammatoire au niveau du foie. La cirrhose hépatique est le dernier stade de l'atteinte hépatique et se manifeste par une fibrose de l'organe et une transformation de l'architecture hépatique en nodules de structure anormale. Ce stade irréversible évolue vers des décompensations majeures : ascite, ictère, encéphalopathie.

Par ailleurs, la carence en vitamines du groupe B doublée du caractère neurotoxique de l'alcool et de l'un de ses métabolites (l'acétaldéhyde) entraînent des complications sur le plan neuropsychologique. Les troubles cognitifs sont représentés par des atteintes de la mémoire, de l'attention et de la concentration. L'alcool et ses métabolites participent également au développement de polyneuropathies alcooliques touchant principalement les membres inférieurs. Elles se traduisent par des troubles de la sensibilité, des troubles moteurs et une diminution des réflexes ostéotendineux. Cette substance peut induire des encéphalopathies alcooliques.

- Syndrome de sevrage :

En cas de dépendance à l'alcool, le syndrome de sevrage alcoolique a une évolution imprévisible et peut être extrêmement sévère voire mortel, notamment lors d'un sevrage imposé. Les signes de sevrage débutent, généralement, 4 à 12 heures après l'arrêt de la consommation d'alcool et associent des troubles subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars), des troubles neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle) et des troubles digestifs (anorexie, nausées, vomissements) (ANAES, 1999).

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut s'aggraver ou se compliquer de signes confusionnels : une désorientation temporelle et /ou spatiale, des troubles de la concentration, de la mémoire et/ou du jugement, des hallucinations, un delirium, des convulsions et/ou une hyperthermie.

LE CANNABIS :

- Généralités :

Le cannabis (*Cannabis sativa*) est une plante utilisée notamment pour ses propriétés psychotropes et dont la composition est très complexe. Il est essentiellement fumé, mélangé ou non à du tabac, et se retrouve sous différentes formes :

- L'herbe (marijuana, ganja, beuh, etc.) correspond aux parties aériennes de la plante (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées),
- La résine (haschich, hasch, shit, etc.) est obtenue à partir des sommités fleuries de la plante et se présente sous la forme de barrettes,
- L'huile est obtenue à partir de l'herbe ou de la résine par extraction au moyen d'un solvant, généralement l'éthanol. Il s'agit de la préparation la plus concentrée en $\Delta 9$ -transtétrahydrocannabinol ($\Delta 9$ -THC).

- Pharmacologie :

Le $\Delta 9$ -THC appartient à la famille des cannabinoïdes et sa concentration varie selon les préparations et la provenance des produits. Il est le principal responsable des effets psychoactifs et de l'action analgésique du cannabis chez l'homme (Costes, 2007). Les cannabinoïdes agissent, en partie, par fixation sur deux types de récepteurs : les récepteurs CB1 et CB2. Les CB1 sont principalement retrouvés au niveau du système nerveux central et périphérique (Herkenham, 1990), notamment dans les régions corticales et sous-corticales impliquées dans les processus cognitifs d'apprentissage, de mémoire, et de récompense (cortex frontal, hippocampe, amygdale). On les retrouve également dans les régions impliquées dans les phénomènes moteurs (ganglion de la base et cortex cérébral) et dans celles impliquées dans la perception de la douleur (moëlle épinière, amygdale, thalamus). Les CB2 sont, quant à eux, présents au niveau des tissus périphériques et notamment au niveau des cellules du système immunitaire. De par cette distribution, les récepteurs CB1 sont plutôt impliqués dans les effets

psychotropes des cannabinoïdes, alors que les récepteurs CB2 semblent avoir un rôle dans la modulation de l'immunité.

- Intoxication aiguë :

L'utilisation du cannabis entraîne une euphorie modérée associée à un sentiment de bien-être suivis d'une somnolence. D'autre part, cette substance diminue les capacités de mémoire immédiate et de concentration et altère la perception visuelle, la vigilance et les réflexes. D'un point de vue physique, la prise de cannabis provoque une tachycardie et une vasodilatation périphérique responsable d'hyperhémie conjonctivale, d'hyperhidration et de maux de tête. Sa consommation entraîne fréquemment une augmentation de l'appétit et une hyposialie (*INPES, 2007*). L'intoxication aiguë, appelée également « bad trip » se traduit par des tremblements, des vomissements, une impression de confusion, d'étouffement et une angoisse très forte (*Castle, 2004*).

- Intoxication chronique :

Chez les consommateurs réguliers, on note principalement des difficultés de concentration pouvant conduire à un échec scolaire et/ou professionnel et dans les cas extrêmes un « syndrome amotivationnel » qui se caractérise par une perte d'intérêt généralisée et une apathie associées à une perte d'énergie et une fatigabilité importante (*Costes, 2007*). De plus, chez certaines personnes vulnérables, il semblerait que le cannabis augmente le risque de survenue de troubles anxio-dépressifs (*Patton, 2002*). Des études ont également montré que le cannabis est susceptible, chez les sujets prédisposés, de révéler ou d'aggraver les manifestations de maladies mentales telles que la schizophrénie (*Arsenault, 2002*).

- Syndrome de sevrage :

Les manifestations du sevrage, survenant chez les patients les plus sévèrement dépendants, ont été caractérisés par de nombreuses études et sont désormais incluses dans la classification du DSM-V. Ces symptômes apparaissent dans les 24 heures après l'arrêt de la consommation, atteignent un pic maximal entre les troisième et septième jours et disparaissent en trois à quatre semaines (*Dervaux, 2012*). Une étude française, réalisée sur des adolescents consommateurs de cannabis, a montré que près d'un tiers des consommateurs éprouvaient des symptômes de sevrage en cas d'arrêt de la

consommation (Roura, 2004). Les signes évocateurs les plus fréquents sont le besoin intense de fumer, les troubles du sommeil, l'irritabilité, les troubles anxieux et les changements de l'appétit (Gorelick, 2012).

LA COCAÏNE :

- Généralités :

La cocaïne est extraite à partir de la feuille de cocaïer (*Erythroxylum coca*) et se présente sous la forme d'une fine poudre blanche et sans odeur. Le crack est un dérivé de cette substance à laquelle sont mélangés du bicarbonate de soude et/ou de l'ammoniaque. Il se distingue de la cocaïne par la puissance de ses effets et une pharmacocinétique plus rapide (INPES, 2007). La cocaïne s'administre principalement par voie nasale (« sniff ») mais également par voie intraveineuse alors que le crack s'utilise par inhalation après avoir été chauffé.

- Pharmacologie :

La cocaïne et le crack appartiennent à la famille des psychostimulants et sont classés parmi les sympathomimétiques indirects. Ils agissent par inhibition non sélective de la recapture des catécholamines endogènes (dopamine, noradrénaline et sérotonine) et amplifient donc l'action de ces neurotransmetteurs (Reynaud, 2006). Au niveau de la synapse dopaminergique, ce blocage entraîne, initialement, une forte augmentation des taux de dopamine dans la fente synaptique. Cependant, dès que l'administration de cocaïne devient régulière, le neurone présynaptique réduit sa synthèse de dopamine alors que le nombre de récepteurs sur le neurone post-synaptique augmente (Pellet, 2006).

- Intoxication aiguë :

L'altération de la neurotransmission induite par la prise de cocaïne explique les effets observés. La cocaïne entraîne des modifications comportementales associant une euphorie immédiate, un bien-être, un sentiment de « toute-puissance » et une indifférence à la fatigue et à la douleur. Ces changements comportementaux s'accompagnent de manifestations physiques à savoir une tachycardie, une hypertension artérielle et une mydriase. Généralement, ces effets sont suivis d'une

phase de descente avec inversion de l'humeur durant laquelle on retrouve les manifestations suivantes : dysphorie, ralentissement psychomoteur, irritabilité, léthargie, désintérêt sexuel, altération de la mémoire et de la concentration, baisse de l'estime de soi, etc... La cocaïne peut également induire des épisodes psychotiques aigus, débutant quelques heures après la prise du produit, et se manifestant par des délires paranoïaques et/ou des hallucinations visuelles et auditives (*HAS, 2010*). La complication la plus grave et la plus fréquente est d'ordre cardiaque et liée à l'augmentation de la pression artérielle et à la vasoconstriction des artères coronaires. Aussi, la consommation de cocaïne augmente le risque d'infarctus du myocarde quelle que soit la dose, la voie d'administration et la fréquence de consommation et entraîne de multiples troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (*Carcone, 1995*). Des effets neurologiques à titre de crises convulsives et d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques sont également observés (*Lowenstein, 2009*).

- Intoxication chronique :

Cette substance psychoactive expose le consommateur à différents types de conséquences physiques et psychiques (*OFDT, 2012*). En effet, l'usage chronique de cocaïne est responsable de lésions de la cloison nasale se traduisant par des épistaxis répétées pouvant conduire à des nécroses, des sinusites, voire une destruction du cartilage. Par ailleurs, de même que pour les opiacés, l'injection intraveineuse de cocaïne ou le partage de matériel expose l'individu à des infections virales (VIH, VHB mais surtout VHC) ou bactériennes (abcès cutanés locaux, septicémies, etc.). Au niveau psychique, des études montrent que les pathologies mentales, notamment les troubles dépressifs et anxieux, sont plus fréquentes chez les consommateurs de cocaïne que dans la population générale (*Benyamina, 2009*). En revanche, il est difficile de déterminer si elles sont induites par la prise de cocaïne ou si elles préexistaient et ont alors été amplifiées par le produit. Certaines complications sont plus fréquemment observées chez les consommateurs de crack. De part son mode d'administration, ce produit provoque des complications pulmonaires aiguës se manifestant principalement par une toux associée à une respiration sifflante et plus rarement à une hémoptysie (*Lowenstein, 2009*). Cette pratique est également mise en cause dans l'apparition d'un syndrome respiratoire aigu appelé « crack lung ». Causé par la vasoconstriction au niveau pulmonaire empêchant l'oxygène et le sang de circuler normalement, il associe une

fièvre, une toux, une gêne respiratoire et des douleurs thoraciques. De plus, l'apparition de lésions cutanées au niveau palmaire et plantaire sont spécifiques de l'utilisation au long cours du crack et sont liées à la recherche, à la préparation et à la manipulation du produit (Feeney, 1992).

- Syndrome de sevrage :

Les symptômes de sevrage à la cocaïne sont souvent décrits par les patients comme peu intenses. Ils peuvent associer humeur dysphorique, irritabilité, anxiété, difficultés de concentration, fatigue, troubles du sommeil, augmentation de l'appétit, ralentissement ou agitation psychomotrice. Des symptômes physiques non spécifiques sont également décrits (douleurs diffuses, tremblements, frissons, nausées, mouvements involontaires) (Lacoste, 2012).

LES OPIACES :

- Généralités :

L'opium correspond au suc obtenu par incision des capsules du pavot (*Papaver somniferum*) dont le composé le plus actif est la morphine. Les opiacés désignent l'ensemble des molécules capables de se fixer sur les récepteurs aux opiacés ce qui inclue les dérivés naturels ou semi-synthétiques de l'opium mais également les substances synthétiques ainsi que les peptides opioïdes endogènes.

On distingue :

- les opiacés illicites : l'héroïne, l'opium, le rachacha, etc.,
- les opiacés licites disposant du statut de médicaments :
 - les antalgiques de palier III indiqués dans le traitement des douleurs intenses à très intenses résistantes aux autres antalgiques : Sulfate de Morphine, Fentanyl, Oxycodone, etc.,
 - Les TSO : Méthadone et Buprénorphine.

- Pharmacologie :

On distingue différents types de molécules interagissant avec les récepteurs aux opiacés :

- les agonistes purs activent les récepteurs aux opiacés et reproduisent les effets de la morphine jusqu'à atteindre un effet maximal.

Exemples : Morphine, Méthadone, Codéine.

- les agonistes partiels ou agonistes-antagonistes ont une efficacité limitée et produisent un effet plafond même si l'on augmente les doses.

Exemples : Buprénorphine.

- les antagonistes se fixent sur les récepteurs aux opiacés mais ne provoquent aucun effet et empêchent la fixation d'un agoniste.

Exemples : Naltrexone, Naloxone.

Parmi les agonistes purs, les opiacés se répartissent également en fonction de l'affinité de chaque ligand pour ses récepteurs. Plus une molécule est affine et plus elle sera puissante ; ce qui signifie qu'une faible quantité de la substance permet d'obtenir un effet maximal. Ainsi, la Morphine et la Méthadone sont considérées comme des agonistes d'affinité élevée alors que la Codéine s'apparente à un agoniste d'affinité faible.

Par ailleurs, l'existence de sous-types de récepteurs aux opiacés est à l'origine de légères différences en termes d'effets pharmacologiques. On distingue :

- Les récepteurs μ (mu) retrouvés dans le striatum, le noyau caudé et la corne dorsale de la moelle épinière. Ils sont responsables des effets analgésiques, d'une dépression respiratoire, d'un myosis, d'un ralentissement du transit intestinal pouvant conduire à une constipation, d'une euphorie, d'une sédation et de l'apparition d'une dépendance physique. Les opiacés donnant lieu à un usage abusif présentent une forte affinité pour ce sous-type de récepteurs (*Angel, 2002*),
- Les récepteurs δ (delta) retrouvés principalement dans la moelle épinière. Ils sont responsables des effets analgésiques au niveau spinal,
- Les récepteurs κ (kappa) retrouvés également au niveau de la moelle épinière. Ils sont responsables des effets analgésiques, de la dépression respiratoire, du myosis et des effets psychodysléptiques.

L'affinité de la morphine peut être qualifiée de forte pour les récepteurs μ et de moyenne pour les récepteurs δ et κ . La buprénorphine a une affinité très élevée pour les récepteurs μ et κ et la codéine a une affinité faible pour les trois sous-types de récepteurs.

L'activation des récepteurs aux opiacés conduit habituellement à une inhibition de l'activité de l'adénylate cyclase et une modulation de la conductance de certains canaux ioniques (calcium et potassium). Il en résulte une hyperpolarisation neuronale et une diminution de la libération de certains neuromédiateurs (Glutamate et Substance P) impliqués dans la transmission du message douloureux (*Katzung, 2006*).

- Intoxication aiguë :

Parmi les opiacés, l'héroïne se caractérise par la puissance de son effet euphorisant à l'origine d'un potentiel addictif important. Cette différence s'explique notamment par la plus grande liposolubilité de l'héroïne qui lui permet de passer plus facilement la barrière hémato-encéphalique et d'exercer plus rapidement son action sur les récepteurs centraux.

Cette substance s'administre par voie intraveineuse, par voie intra-nasale ou par inhalation à chaud mais la répartition de ces différentes voies d'administration varie selon les populations étudiées (*Cadet-Tairou, 2013*). Elle provoque très rapidement un apaisement, une euphorie et une sensation d'extase. Il s'en suit une phase de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges, d'une hypotension et d'une bradycardie. Par ailleurs, l'héroïne agit ponctuellement comme anxiolytique et comme antidépresseur.

Les signes évocateurs d'une consommation d'héroïne ou d'un autre opiacé sont : un myosis en tête d'épingle, une simple sédation voire un coma, une altération de l'attention ou de la mémoire et/ou une bradypnée (*Megarbane, 2006*). L'apparition, la persistance et l'évolution des symptômes est fonction de la demi-vie de l'opiacé et de la tolérance du sujet.

L'overdose est le risque immédiat le plus grave. Elle est provoquée par une consommation du produit à doses trop importantes ou à doses faibles lors d'une reprise de la consommation. Elle se traduit par une perte de conscience associée à une

dépression respiratoire pouvant être mortelle. La co-consommation d'autres substances psychoactives, en particulier l'alcool et les benzodiazépines, majore ce risque.

- Intoxication chronique :

La consommation chronique d'héroïne expose l'individu à des troubles psychiatriques (irritabilité, impulsivité, épisodes anxio-dépressifs, troubles du sommeil et états dépressifs majeurs) pouvant être aggravés par la consommation associée d'alcool ou de psychostimulants et par la marginalisation.

Par ailleurs, des états de dénutrition sévère sont fréquemment retrouvés chez les utilisateurs réguliers.

L'héroïne provoque également une diminution de la sécrétion de certaines hormones sexuelles et entraîne, à long terme, une aménorrhée et des troubles de la libido et de l'érection.

Par ailleurs, la pratique de l'injection et le partage de matériel exposent le consommateur à un risque infectieux (abcès locaux, transmission du VIH, du VHB et du VHC) et à l'apparition d'oedèmes lymphatiques au niveau des membres supérieurs (« gonflement » des mains). Une revue de la littérature montre qu'il existe des preuves du rôle des opiacés en tant que modulateurs de la fonction immunitaire et de leur impact sur la sensibilité aux infections virales, bactériennes et fongiques (*Risdahl, 1998*).

- Syndrome de sevrage :

En cas de dépendance, le syndrome de manque aux opiacés associe diversement les symptômes suivants : agitation, lombalgies, hyperalgésie, larmoiement, rhinorrhée, augmentation de la transpiration, accélération du transit intestinal, avec diarrhée et parfois vomissements. L'examen peut mettre en évidence une tachycardie, une hypotension et une mydriase bilatérale. Aux signes physiques, s'ajoutent des symptômes psychiques : anxiété, irritabilité, recherche compulsive de produits, troubles du sommeil, dépression (*ANAES, 1998*).

Le diagnostic de sevrage aux opiacés peut être posé si l'individu présente au moins trois des manifestations suivantes : dysphorie, nausées ou vomissements, myalgies, larmoiement ou rhinorrhée, mydriase ou piloérection ou transpiration, diarrhée, baillement, fièvre, insomnie (*DSM-IV, 2000*)

3. Etat des lieux de la consommation de substances psychoactives en France

D'après un rapport de l'OFDT publié en mai 2013 (*OFDT, 2013*), le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. On estime que trois Français sur dix fument quotidiennement et qu'un Français sur dix consomme de l'alcool tous les jours.

Le cannabis arrive en tête des substances psychoactives illicites les plus consommées : 13,4 millions d'individus l'ont déjà expérimenté mais les consommateurs réguliers sont beaucoup moins nombreux. La consommation régulière de cannabis touche principalement les jeunes de 17 à 25 ans alors qu'elle devient pratiquement inexistante chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. Une enquête (*Hibell, 2011*) comparant l'usage de substances psychoactives des adolescents européens a mis en évidence que les jeunes français étaient les plus gros consommateurs de cannabis en Europe.

L'administration d'autres substances illicites concerne une proportion plus minoritaire. Le rapport estime que l'usage de cocaïne dans l'année concerne 0,9 % de la population âgée de 18 à 64 ans. Cette proportion a été multipliée par trois au cours de la dernière décennie en raison d'une disponibilité croissante de la substance et d'une baisse de son prix d'achat. Concernant l'héroïne, 0,2 % de cette même population en a consommé dans l'année.

La figure suivante représente l'estimation du nombre d'expérimentateurs et d'usagers dans l'année de substances psychoactives parmi les 18-64 ans, en France métropolitaine, en 2010 :

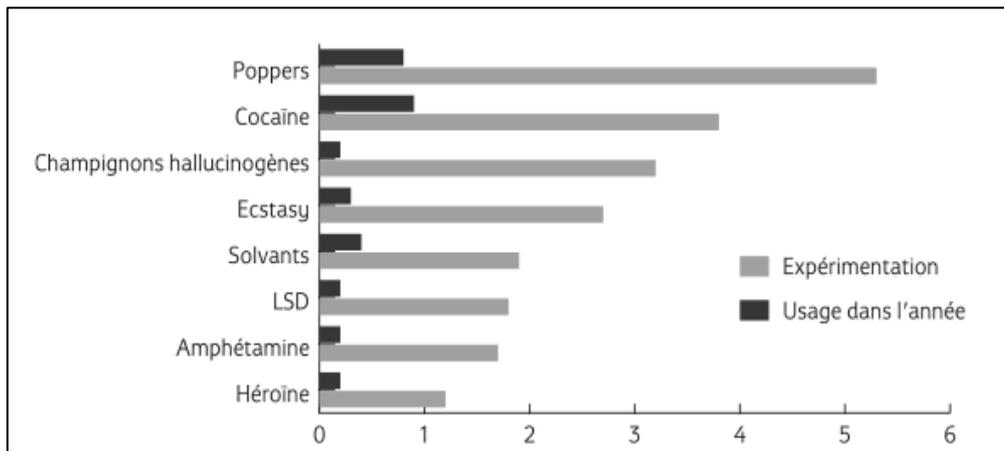


Figure n°1 : Estimation du nombre d'expérimentateurs et d'usagers dans l'année de substances psychoactives parmi les 18-64 ans, en France métropolitaine, 2010 (en %) (Source : Baromètre Santé, 2010 dans OFDT, 2013)

Par ailleurs, la France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments au monde et notamment de psychotropes. En Europe, elle arrive en 4^{ème} position concernant la consommation de benzodiazépines anxiolytiques et en 2^{ème} position concernant les hypnotiques. Selon les données de l'édition 2010 du Baromètre santé, la consommation de médicaments psychotropes au cours de l'année écoulée touche environ 18 % de la population de 18 à 75 ans et cette proportion atteint 30 % chez les usagers de drogues. Dans cette population particulière, la consommation de médicaments psychotropes est souvent associée à la notion de mésusage et les modes d'obtention ne suivent pas toujours la voie traditionnelle (achat dans la rue, falsification d'ordonnance, nomadisme médical et/ou pharmaceutique, etc.) (INSERM, 2012).

En 2007, la France recensait 120 000 personnes sous traitement de substitution aux opiacés. En raison de conditions de prescription et de délivrance plus souples que pour la méthadone, la buprénorphine haut dosage représentait 80% des TSO (Canarelli, 2010).

Le rapport de l'OFDT met également en évidence des disparités entre les sexes notamment une consommation régulière de cannabis et d'alcool nettement plus importante chez les hommes que les femmes, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment dans la population féminine (OFDT, 2013).

4. L'évaluation de la pharmacodépendance en France

Le système d'évaluation de la pharmacodépendance (addictovigilance) existe en France depuis 1990 et est défini dans le Code de la Santé Publique. Ce dispositif national est coordonné par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) et repose sur la Commission des Stupéfiants et des Psychotropes, les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance (CEIP-A) ainsi que les professionnels de santé et les entreprises exploitant des médicaments (*Article R5132-99 ; CSP*).

Les CEIP-A sont des structures médicales spécialisées, intégrées au sein des Centres Hospitalo-Universitaires. Ils couvrent l'ensemble du territoire et se situent à l'interface entre les différents professionnels de santé et les grandes instances de santé. On leur attribue trois grandes missions définies dans l'article R5132-112 du Code de la Santé Publique.

Missions des CEIP-A :

D'une part, ils sont en charge du recueil et de l'évaluation des cas de pharmacodépendance et d'abus à des substances psychoactives provenant d'enquêtes, d'études ou de notifications spontanées par les professionnels de santé. Ces travaux permettent l'identification des risques pour la santé publique et affirment le rôle d'expertise et de conseil des CEIP-A auprès des établissements de santé et du ministre chargé de la santé.

D'autre part, ces centres contribuent au développement de l'information sur ces risques en répondant aux questions des professionnels de santé, en communiquant au niveau régional et national (bulletins d'information, site internet, réunions avec les partenaires de santé, etc.) et en participant à la formation des différents professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.).

Enfin, les CEIP-A réalisent des travaux de recherche fondamentale et appliquée nécessaires à l'amélioration de la connaissance sur les substances psychoactives et sur la pharmacodépendance qu'elles induisent.

Outils des CEIP-A :

Afin de remplir ces différentes missions, de nombreux outils ont été développés par ces centres. Ils permettent l'identification et l'analyse de tendances en matière de consommation mais également la détection de nouvelles substances psychoactives et l'évaluation de leur potentiel de dépendance et de dangerosité (www.addictovigilance.fr/programmes)

Les notifications spontanées (NOTS) correspondent aux déclarations des cas de pharmacodépendance transmises par les professionnels de santé tout au long de l'année. L'article R5132-114 du Code de la Santé Publique rend obligatoire la notification des cas graves d'abus ou de dépendance à une substance par les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Par ailleurs, la déclaration de cas présentant un caractère de nouveauté ou les consommations jugées problématiques peuvent faire l'objet d'une notification. Ces données transmises en continu constituent un système de veille et permettent notamment de générer des alertes sur de nouveaux produits ou de nouveaux modes de consommation (voies d'administration, associations potentiellement dangereuses, etc.).

L'enquête OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible) est un recueil de données bisannuel effectué durant deux périodes de quatre semaines auprès d'un réseau de pharmaciens d'officine. Cette enquête repose sur le signalement de toutes les ordonnances suspectes, falsifiées ou volées et permet d'identifier les médicaments détournés de leur utilisation thérapeutique.

L'enquête ASOS (Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées) s'appuie sur un échantillon national de 500 pharmacies tirées au sort et se déroule pendant une semaine tous les ans. Cette étude cible la population traitée par les antalgiques stupéfiants. Son objectif est de décrire cette population et les modalités d'utilisation de cette classe d'antalgique, d'évaluer le respect des règles de prescription et de suivre leur évolution.

Le dispositif OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) repose sur différentes structures d'accueil et/ou de soins spécialisées dans la prise en charge des addictions (Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes, Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, etc.). L'enquête se déroule chaque année sur une période de quatre semaines et permet de recueillir des informations sur les modalités de

consommation de l'ensemble des substances psychoactives prises la semaine précédant l'enquête par les patients présentant un abus, une pharmacodépendance, et/ou consommant un TSO. Ce programme permet de dégager des tendances sur les consommations et les modes d'obtention, de décrire les usages des TSO et d'étudier les consommations de produits dans cette population particulière.

L'enquête OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) s'effectue tous les ans pendant quatre semaines et est conduite auprès de médecins généralistes volontaires. Ce dispositif vient compléter l'enquête OPPIDUM et cible, cette fois-ci, les populations suivies en médecine ambulatoire, génératrice de nombreuses prescriptions de médicaments psychotropes. L'objectif de l'étude est d'évaluer la consommation de substances psychoactives et d'améliorer la connaissance des individus usagers de drogues illicites ou sous TSO ou consommant des médicaments dans un cadre d'abus ou de pharmacodépendance.

Le programme DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) est un système de recueil continu des cas de décès survenant chez les consommateurs de substances illicites ou de médicaments. Il fait appel à des experts toxicologues, réquisitionnés par les autorités judiciaires. L'objectif de ce dispositif est l'identification qualitative et quantitative des substances impliquées, l'évaluation de leur responsabilité dans la survenue du décès et l'estimation du nombre de décès survenus en France dans le même contexte.

Une enquête recense en continu les cas de soumission chimique, c'est à dire l'administration à des fins criminelles ou délictueuses de substances psychoactives à l'insu d'une victime ou sous la menace. L'enquête cible les victimes d'agressions documentées pour lesquelles une substance psychoactive, habituellement non consommée par les victimes, a été utilisée par l'agresseur et identifiée par le notificateur. Ce programme permet d'identifier les substances impliquées et de mieux définir le contexte des agressions de manière à assurer une prévention auprès des professionnels de santé et de la population. D'autre part, cette connaissance contribue à proposer des mesures orientées sur les substances, notamment la modification de la galénique ou le changement des règles de prescription ou de délivrance des médicaments incriminés.

Nous remarquons que les données de ces enquêtes sont essentiellement recueillies dans le cadre d'un parcours de soin mais que les populations étudiées diffèrent en terme

de typologie. Les enquêtes OSIAP et ASOS s'intéressent à des patients en contact avec les pharmacies d'officine : la première se focalise sur les individus ayant un comportement de transgression et donc potentiellement une conduite compulsive dans la recherche du médicament, la seconde étudie les antalgiques stupéfiants et leurs modalités d'utilisation. Le dispositif OPEMA recueille, quant à lui, des données sur des personnes, dépendantes ou sous TSO, suivies en médecine générale alors qu'OPPIDUM étudie une population de sujets fréquentant des structures spécialisées dans la prise en charge des addictions ou dans la réduction des risques.

Bien qu'une étude ait montré que ces outils, créés à partir de sources différentes, sont globalement corrélés entre eux (*Pauly, 2010*), ils ne permettent pas d'observer de manière globale la dépendance et la consommation de substances dans la population générale. De nombreux groupes d'individus restent encore à étudier, ce qui amène les CEIP-A à développer de nouveaux axes d'investigation pour tenter de s'approcher au mieux de la réalité.

5. Intérêt de l'approche des gardés à vue pour l'évaluation des substances

Comme nous l'avons vu précédemment, l'examen clinique de la personne gardée à vue et l'exploration de ses consommations de substances psychoactives ont notamment pour objectif de rechercher les signes d'une intoxication aiguë ou les manifestations d'un syndrome de sevrage. Ces situations peuvent constituer une contre-indication au maintien de la garde à vue mais risquent, par ailleurs, d'empêcher la personne de s'exprimer et de se défendre dans des conditions normales au cours des interrogatoires. Par ailleurs, l'orientation du dialogue sur les consommations de substances psychoactives est également un moyen d'initier une action de santé publique.

D'autre part, la consommation de substances psychoactives et la dépendance induite sont très peu étudiées dans cette population. En effet, il est très difficile de recueillir des données compte tenu des contraintes réglementaires et de la confidentialité imposées par la mesure. De plus, le contexte et les conditions environnementales, différentes de celles observées dans un parcours de soins, peuvent être un frein pour établir une relation de confiance nécessaire pour recueillir ce type

d'informations. En France, une étude a permis de repérer les médicaments psychotropes faisant l'objet d'un mésusage par achat dans la rue au sein d'une population de sujets placés en garde à vue à Paris (Sec, 2009). Elle montre qu'environ 10% des personnes interrogées achètent des spécialités psychotropes au marché noir. Les personnes incluses dans l'étude sont majoritairement des hommes (90,2%) et la moyenne d'âge est de 35,4 ans. Leur situation socio-économique peut être qualifiée de précaire puisque 73,7% d'entre elles sont sans profession, 34,4% bénéficient d'aides sociales, et 41,0% n'ont pas de domicile fixe. Le clonazépam est le premier psychotrope détourné suivi de la buprénorphine, de la méthadone et du sulfate de morphine. Arrivent ensuite le flunitrazépam et le diazépam. Le bromazépam, l'oxazépam et le clorazéate dipotassique font moins fréquemment l'objet de trafics. L'auteur confirme que le durcissement des règles de prescription et de délivrance du flunitrazépam permet de restreindre son accès par voie « traditionnelle » mais une étude (Reynaud, 2003) montre d'une part, un accroissement des ventes de cette substance sur le marché noir et d'autre part, un glissement de la consommation vers d'autres benzodiazépines.

Isabelle Sec décrit donc une population marginale précaire et précise que ces individus côtoient rarement le milieu médical ou les structures d'aide aux toxicomanes et aux personnes pharmacodépendantes. Cet échappement au suivi médical différencie cette population de celles habituellement étudiées par le réseau des CEIP-A.

Nous avons voulu compléter l'analyse des consommations de substances psychoactives dans cette population hors parcours de soin. Après avoir dressé le profil de ces individus, nous avons tenté de savoir quels produits étaient les plus fréquemment consommés, comment ils étaient obtenus, de quelle manière ils étaient administrés et si le niveau de dépendance différait par rapport aux données actuelles dans d'autres populations. L'étude des gardés à vue se révèle être une approche supplémentaire dans l'évaluation de la pharmacodépendance en France et vient compléter les nombreux outils déjà disponibles et développés par les CEIP-A.

II. Protocole

A. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude était d'analyser la consommation de substances psychoactives licites et illicites (hormis le tabac et l'alcool) chez les personnes placées en garde à vue à Nantes afin de nous apporter de nouvelles informations en terme d'évaluation de la pharmacodépendance.

De plus, cette étude nous a permis de dresser un portrait de ces individus à partir des données sociodémographiques, juridiques et médicales et de comparer ces informations dans deux sous-groupes : les situations de dépendance à une substance psychoactive et les situation de non-dépendance.

B. Méthodologie

1. Design et période de l'étude

L'étude, de nature prospective et à visée descriptive et comparative, a été menée sur une année consécutive, du 1^{er} juillet 2011 au 1^{er} juillet 2012.

2. Lieu de l'étude

Elle s'est déroulée au sein des locaux du commissariat de police de Nantes lors des examens médicaux des personnes placées en garde à vue.

3. Comité de pilotage

L'étude a été pilotée par trois structures dépendantes du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes :

- Le CEIP-A :
 Cette structure a pour mission de recueillir les cas d'abus et de pharmacodépendance liés à la prise de substances psychoactives afin d'évaluer les risques de cette consommation sur la santé publique. Elle participe ainsi à l'amélioration des connaissances dans ce domaine, à l'information des différents professionnels de santé et à la prévention en matière d'abus et de pharmacodépendance,
- Le service de médecine légale :
 Il garantit l'accueil des personnes décédées, la présentation des corps dans les meilleures conditions possibles et également la rencontre du médecin légiste avec les familles des défunts. Par ailleurs, le service de médecine légale a pour mission d'assurer une consultation médico-judiciaire afin de permettre aux victimes de disposer d'un certificat établi par un médecin pour renforcer leurs démarches auprès des services de police. De plus, il garantit une consultation pour les demandeurs d'asile et est en charge de l'organisation des examens médicaux des personnes gardées à vue ;
- L'EA 4275 : Biostatistique, Pharmaco-épidémiologie et mesures subjectives en santé.

4. Population étudiée

L'étude inclut les individus placés en garde à vue au commissariat central de Nantes, bénéficiant d'un examen médical et consommateurs d'au moins une substance psychoactive (y compris l'alcool et le tabac). Tous ont donné leur accord oral pour l'utilisation de ces données à des fins de recherche.

L'étude exclut les gardés à vue refusant d'être examinés par un médecin, ne consommant pas de substance psychoactive, s'opposant à l'utilisation de leurs données personnelles ou ne pouvant comprendre et répondre aux questions des praticiens pour des raisons diverses (barrière de la langue, état d'ébriété, d'agitation ou de confusion, etc.).

5. Recueil et traitement des données

Les données ont été recueillies par les médecins en charge des examens médicaux des gardés à vue au commissariat central de Nantes. En se basant sur la réquisition judiciaire, le dossier médical confidentiel et le questionnaire relatif à la consommation de substances psychoactives, les praticiens volontaires ont transmis des données totalement anonymes au CEIP-A de Nantes.

Par souci de qualité, de rigueur et de rapidité, les informations ont été saisies grâce à un masque de saisie confectionné sous le logiciel EpiData®, puis extraites sur un tableur Excel à des fins d'analyse. Les comparaisons statistiques des groupes étudiés ont été faite grâce au test du Chi² et au test T de Student, au risque 5%.

6. Données étudiées

Nous nous sommes appuyés sur les données anonymes transmises au CEIP-A de Nantes par les médecins réquisitionnés en garde à vue. Elles correspondent à la synthèse de deux documents remplis par leurs soins, à savoir le dossier médical confidentiel et le questionnaire en rapport avec les conduites addictives et la consommation de substances psychoactives illicites et/ou médicamenteuses (*Annexe 2*). Pour rappel, ces informations ne sont en aucun cas transmises à l'autorité requérante mais sont conservées par le service de médecine légale.

6.1. Données administratives

Les seules données administratives retenues ont été l'âge et le sexe des individus.

6.2. Données socio-économiques

Dans le but de dresser un portrait socio-économique de cette population, il nous était utile de savoir si les sujets vivaient seuls ou accompagnés (en couple, chez leurs parents, chez des amis, etc.), s'ils avaient des enfants à charge et s'ils disposaient d'un

logement stable. Les données concernant la situation professionnelle ou scolaire et les ressources (revenus réguliers ou situation précaire) ont également été renseignées.

6.3. Données relatives à la garde à vue

Il nous a semblé intéressant de connaître le motif de la mesure, le nombre de gardes à vue déjà effectuées par la personne et la notification d'un état d'ivresse et/ou de récidive.

6.4. Données médicales

Les médecins nous ont informés des antécédents médico-chirurgicaux des gardés à vue, de leurs conduites addictives et nous ont transmis les éléments des examens cliniques et biologiques pouvant avoir un rapport avec d'éventuelles consommations de substances. Ces données sont le reflet de la démarche du praticien quant au repérage des principaux risques pouvant être en défaveur du maintien de l'individu en garde à vue.

Pathologies à risque de décompensation :

- L'asthme,
- Le diabète,
- L'épilepsie,
- Les cardiopathies,
- Et l'hypertension artérielle.

Pathologies mentales et risque suicidaire :

Ces données ont attiré notre attention puisqu'il est clairement établi qu'il existe une interrelation entre la maladie mentale et la consommation de substances psychoactives (*Lépine, 2005 ; Lejoyeux, 2000*).

Nous avons classé les pathologies mentales de la manière suivante :

- Les troubles dépressifs,
- Les troubles anxieux, du comportement et du sommeil,

- Les troubles psychotiques,
- Les addictions,
- Les troubles neurologiques,
- Et les autres.

Maladies infectieuses :

Nous nous sommes focalisés sur les agents pathogènes pouvant être transmis par le partage de matériel lors de la préparation et de l'administration de substances :

- Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH),
- Le Virus de l'Hépatite B (VHB),
- Et le Virus de l'Hépatite C (VHC).

7. Outils de dépistage et d'évaluation

Le questionnaire relatif aux conduites addictives (le tabac et l'alcool) et à la consommation de substances psychoactives illicites et/ou médicamenteuses a été élaboré par les membres du CEIP-A. Il est basé sur des outils validés de dépistage et d'évaluation dont voici les descriptifs et les moyens d'interpréter les résultats.

7.1. Evaluation de la dépendance à la nicotine

Le test de Fagertröm ou Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) (*Figure n°2*) est un outil d'évaluation de la dépendance physique à la nicotine. Il se compose de six questions pour lesquelles chaque réponse est pondérée et permet d'établir un score de dépendance sur 10 points dont la gravité augmente avec sa valeur (*Figure n°3*). Il correspond à la seconde version du Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) qui comportait initialement huit questions (*Fagerström, 1978*).

Dans la mesure du possible, il doit être complété par la recherche d'autres conduites addictives et de troubles anxieux et/ou dépressifs.

1. *Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?*
 - a. *Dans les 5 premières minutes* 3
 - b. *Entre 6 et 30 minutes* 2
 - c. *Entre 31 et 60 minutes* 1
 - d. *Après 60 minutes* 0

2. *Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?*
 - a. *Oui* 1
 - b. *Non* 0

3. *A quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?*
 - a. *La première le matin* 1
 - b. *N'importe quelle autre* 0

4. *Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?*
 - a. *10 ou moins* 0
 - b. *11 à 20* 1
 - c. *21 à 30* 2
 - d. *31 ou plus* 3

5. *Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?*
 - a. *Oui* 1
 - b. *Non* 0

6. *Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?*
 - a. *Oui* 1
 - b. *Non* 0

Figure n°2 : Test de la Dépendance à la Nicotine de Fagerström (Heatherton, 1991)

Score de 0 à 2	→ Pas de dépendance
<i>Votre patient peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le patient redoute cet arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportemental.</i>	
Score de 3 à 4	→ Dépendance faible
<i>Votre patient peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques, mais ils peuvent être nécessaires en cas d'apparition de difficultés.</i>	
Score de 5 à 6	→ Dépendance moyenne
<i>L'utilisation des substituts nicotiques va augmenter les chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.</i>	
Score de 7 à 10	→ Dépendance forte ou très forte
<i>L'utilisation des traitements pharmacologiques est recommandée. Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.</i>	

Figure n°3 : Interprétation du score obtenu au test de Fagerström (Heatherton, 1991)

En 1989, Heatherton valide le fait que la première question (délai entre le réveil et la première cigarette) et la quatrième (nombre de cigarettes consommées par jour) sont celles qui ont le plus de poids dans ce questionnaire et qu'elles suffisent pour classer rapidement les patients selon le niveau de dépendance, sans avoir recours à des actes invasifs (Heatherton, 1989). Cette version simplifiée du test de Fagerström correspond au HSI (Heaviness of Smoking Index) ou Index de fort tabagisme (Fagerström, 1990). Il est aujourd'hui reconnu que les scores obtenus avec le HSI et le FTND sont fortement corrélés entre eux et que le HSI fournit une bonne mesure de la dépendance à la nicotine notamment dans les enquêtes épidémiologiques (Chabrol, 2005).

Dans le but de faciliter le travail des médecins réquisitionnés et pour éviter que l'interrogatoire ne devienne trop lourd, nous avons sélectionné ces deux questions, nous permettant d'obtenir un score de 0 à 6, s'interprétant de la manière suivante (Figure 4) :

Score de 0 à 2	→ Dépendance très faible
Score de 3	→ Dépendance faible
Score de 4	→ Dépendance moyenne
Score de 5	→ Dépendance forte
Score de 6	→ Dépendance très forte

Figure n°4 : Interprétation du score obtenu au test HSI (Fagerström, 1990)

7.2. Dépistage de la consommation à risque ou nocive d'alcool

Le questionnaire CAGE, élaboré en 1974 (*Mayfield, 1974*) et diffusé plus largement dix années plus tard (*Ewing, 1984*), se compose de quatre questions fermées et constitue un outil de dépistage de la consommation à risque ou nocive d'alcool. La version française est appelée DETA, acronyme provenant des termes Diminuer, Entourage, Trop et Alcool (*Figure n°5*) (*Rueff, 1989*). On considère que deux réponses, ou plus, positives à ce test sont évocatrices d'une consommation nocive d'alcool.

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
 - a. Oui
 - b. Non
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
 - a. Oui
 - b. Non
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
 - a. Oui
 - b. Non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
 - a. Oui
 - b. Non

Figure n°5 : Test DETA/CAGE (Rueff, 1989)

7.3. Évaluation de la consommation de substances psychoactives illicites et/ou médicamenteuses

L'évaluation de la consommation de substances psychoactives (hormis le tabac et l'alcool) dans notre population est une évaluation clinique réalisée par les médecins réquisitionnés. Elle est basée sur la définition de la dépendance selon le DSM-IV et reprend les 7 critères de la dépendance évoqués précédemment :

Manifestations de la dépendance physique (tolérance et signes de sevrage) :

- Critère n°1 : existence d'une tolérance,
- Critère n°2 : existence d'un syndrome de sevrage.

Evaluation de la dimension compulsive :

- Critère n°4 : la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu,
- Critère n°5 : un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.

Détermination des conséquences dommageable :

- Critère n°5 : un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets,
- Critère n°6 : d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance,
- Critère n°7 : l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Un individu est considéré comme dépendant pour une substance si les sept critères de la dépendance sont renseignés et si au minimum trois d'entre eux sont effectivement présents chez ce gardé à vue. A l'inverse, un individu consommateur d'une substance, présentant au maximum deux critères de la dépendance sur sept renseignés n'est pas considéré comme dépendant pour cette substance.

La validité de notre étude ne peut être remise en cause suite à la publication du DSM-V en mai 2013 puisque les sept critères sur lesquels nous nous sommes appuyés pour déterminer la dépendance des gardés à vue restent présents dans cette dernière version. De plus, l'absence de traduction officielle en français du DSM-V ne nous permet pas encore de l'utiliser pour modifier et améliorer le recueil de données.

Nous avons également formulé quatre questions ouvertes supplémentaires qui nous informent sur le mode d'obtention et la voie d'administration de la substance, sur les effets recherchés d'une telle consommation et sur son prix lorsque l'individu s'approvisionne au marché noir. Cette approche vise notamment à révéler des usages détournés ou des comportements de transgression.

- Question n°8 : Comment vous procurez-vous la substance ?
- Question n°9 : Comment utilisez-vous la substance ?
- Question n°10 : Pourquoi consommez vous cette substance ? Quel(s) effet(s) recherchez-vous ?
- Question n°11 : Combien vous coûte votre consommation ?

III. Résultats

A. Données sociodémographiques

Au cours des douze mois, 1147 gardés à vue ont été examinés par un médecin. Parmi eux, 131 individus ont refusé de répondre aux questions ou n'ont pas souhaité que leurs données soient utilisées, 41 présentaient des difficultés pour répondre aux questions, 158 ne consommaient aucune substance psychoactive. **817 personnes ont déclaré l'utilisation d'au moins une substance psychoactive et ont donné leur accord pour que leur données soient utilisées à des fins analytiques.**

1. Sexe

La population est principalement composée d'hommes comme en témoigne le tableau suivant :

Sexe	Hommes	Femmes	Non renseigné	Total
Nombre	736	79	2	817
Pourcentage	90,1%	9,7%	0,2%	100,0%

Tableau n°2 : Répartition de la population étudiée en fonction du sexe

2. Age

L'âge moyen des individus étudiés est de 29,4 ans et la population se répartit de 13 à 76 ans. 13,6% des gardés à vue sont mineurs, 84,7% sont majeurs et l'âge n'est pas renseigné dans 1,7% des cas. **Notre population est principalement représentée par des adultes jeunes dont l'âge est compris entre 18 et 35 ans.** La répartition de la population par tranches d'âge est résumée dans le tableau et la figure qui suivent :

Age (années)	Mineurs			Majeurs					NR	Total
	10 à 12	13 à 15	16 à 17	18 à 25	26 à 35	36 à 45	46 à 55	> 55		
Nombre	0	39	72	264	223	132	57	16	14	817
Total	111			692						
Pourcentage	13,6%			84,7%					1,7%	100%

Tableau n°3 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge

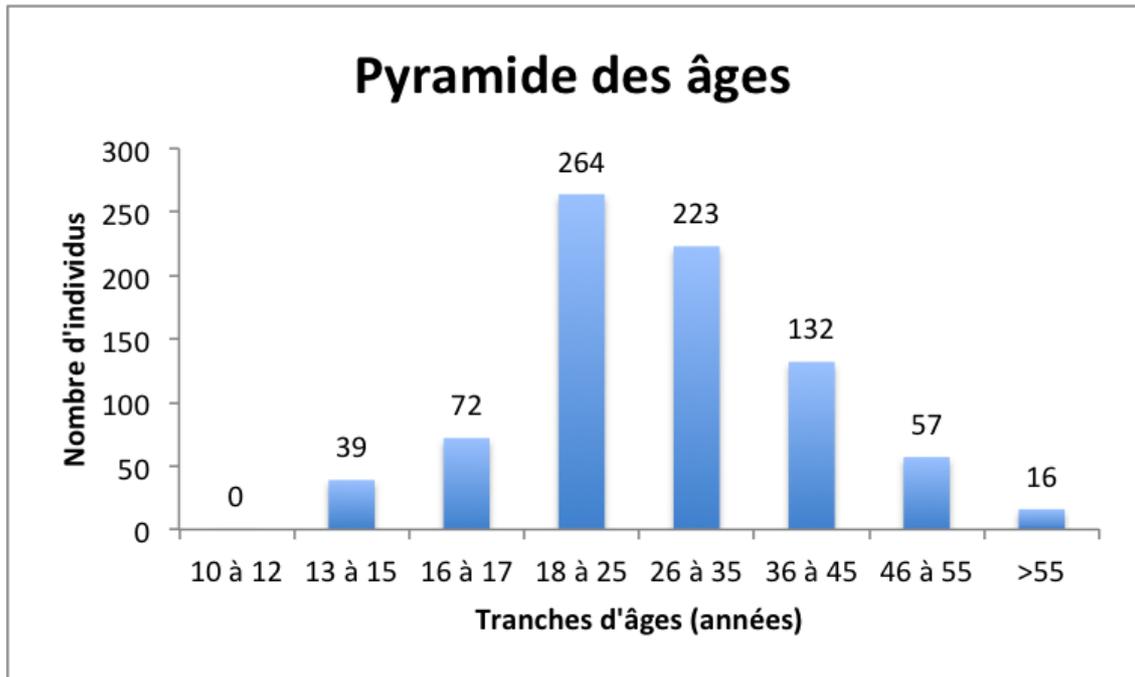


Figure n°6 : Pyramide des âges de la population étudiée

3. Situation socio-professionnelle

3.1. Isolement

327 individus nous ont déclaré vivre seuls, soit 40% de notre population. **La majeure partie vit accompagnée** : 137 sont en couple, 182 habitent chez leurs parents, 37 résident chez des amis proches et 72 ont été classés dans la catégorie « Autres ». Ce critère n'est pas renseigné pour 62 personnes. Le tableau suivant reprend l'ensemble des réponses à la question « Vivez vous seul ou accompagné ? » :

Isolement	Nombre	Pourcentage
Vit seul(e)	327	40,0%
Vit accompagné(e)	428	52,4%
- En couple	137	16,8%
- Chez les parents	182	22,3%
- Chez des amis/famille proche	37	4,5%
- Autres (pas de précision, colocation, foyer, famille d'accueil, etc...)	72	8,8%
Non renseigné	62	7,6%
Total	817	100,0%

Tableau n°4 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'isolement

3.2. Enfants à charge

Sur 817 gardés à vue étudiés, 196 individus déclarent avoir au moins un enfant à charge et **560 ne pas en avoir**, soit respectivement 24,0% et **68,5%** de notre effectif. C'est critère n'est pas renseigné pour 61 personnes, soit 7,5%.

3.3. Logement stable

71,6% de la population déclare avoir un logement stable (585 individus sur 817), 19,6% affirme ne pas avoir de logement stable (160 individus sur 817) et 8,8% des cas ne sont pas renseignés (72 individus sur 817).

3.4. Situation professionnelle et revenus

Concernant l'emploi,

- 37,7% de la population a une activité professionnelle (308 individus sur 817),
- **40,3% ne travaille pas** (328 individus sur 817),
- 8,4% est scolarisé (69 individus sur 817),
- 7,2% est déscolarisé (59 individus sur 817),
- et 6,5% des cas ne sont pas renseignés (53 individus sur 817).

Concernant les revenus,

- 33,7% des individus perçoivent des revenus réguliers (275 individus sur 817),
- **40,6% estiment leur situation précaire** (332 individus sur 817),
- et 25,7 % des cas ne sont pas renseignés (210 individus sur 817).

B. Données juridiques

1. Connaissance de la garde à vue

Une majorité de la population examinée a déjà été placée en garde à vue (378 individus sur 817, soit 46,3%). 19,6 % des personnes affirment subir la mesure pour la première fois de leur vie (160 individus sur 817) et ce critère n'est pas renseigné dans 34,1% des cas (279 individus sur 817).

2. Motifs de la garde à vue

Le tableau suivant classifie les différents motifs de placement en garde à vue et fait figurer les effectifs correspondants :

	Nombre	Pourcentage
Crimes et délits contre les personnes	350	35,6%
Atteintes à la vie : homicides volontaires et involontaires	5	0,5%
Violences, menaces	232	23,6%
Agressions sexuelles	13	1,3%
Harcèlements moraux	1	0,1%
Infractions à la législation des stupéfiants	99	10,1%
Crimes et délits contre les biens	289	29,4%
Appropriations frauduleuses	186	18,9%
Vols simples ou aggravés	169	17,2%
Extorsions	8	0,8%
Escroqueries	6	0,6%
Infractions voisines : filouterie	3	0,3%
Autres atteintes aux biens	103	10,5%
Recels	48	4,9%
Destructions	55	5,6%
Crimes et délits contre l'Etat, la nation et la paix publique	68	6,9%
Délits de séjour irrégulier	43	4,4%
Infractions au code de la route	207	21,1%
Conduites sous l'influence de l'alcool	113	11,5%
Conduites après usage de stupéfiants	16	1,7%
Défauts de permis de conduire ou d'assurance	32	3,3%
Conduites malgré suspension, annulation ou interdiction d'obtenir un permis de conduire	21	2,1%
Vitesses excessives	3	0,3%
Refus d'obtempérer	9	0,9%
Autres	13	1,3%
Infractions à la législation des armes	25	2,6%
TOTAL	982	100%

Tableau n°5 : Classification des motifs de placement en garde à vue et effectifs correspondants

Les **premiers motifs** de placement en garde à vue sont **les crimes et délits contre les personnes** (35,6%) au sein desquelles prédominent **les violences et les menaces** (23,6%) suivies de près par les **infractions à la législation des stupéfiants** (10,1%).

Nous retrouvons en seconde position **les crimes et délits contre les biens** (29,4%) qui sont représentés principalement par les **vols simples ou aggravés** (17,2%).

Enfin, **les infractions au code de la route** font également partie des principaux motifs de placement en garde à vue (21,1%) avec une nette prédominance des **conduites en état d'ivresse** (11,5%).

3. Etat d'ivresse et/ou récidive

L'état d'ivresse est notifié dans 27,8% des cas (228 individus sur 817) et **5,9% des réquisitions font référence à une récidive** (48 individus sur 817).

C. Données médicales

1. Pathologies déclarées

Un peu plus d'un quart de la population déclare souffrir d'au moins une pathologie (207 individus sur 817) :

- 7,2% des personnes sont atteintes d'asthme (59 individus sur 817),
- 0,7% sont diabétiques (6 individus sur 817),
- 2,9% souffrent d'épilepsie (24 individus sur 817),
- 1,6% présentent une cardiopathie (13 individus sur 817),
- 3,3% sont atteintes d'une maladie infectieuse (27 individus sur 817). Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est présent chez 3 individus et les Virus des Hépatites B et C (VHB et VHC) touchent respectivement 4 et 11 personnes. 9 gardés à vue sont porteurs d'autres agents pathogènes,
- et 10,0% déclarent une pathologie mentale (82 individus sur 817).

Le tableau suivant classifie les pathologies mentales observées et reprend les effectifs correspondants :

Pathologies mentales	Nombre	Pourcentage
Troubles dépressifs	29	3,5%
Troubles anxieux, du comportement et du sommeil	23	2,8%
Troubles psychotiques	12	1,5%
Addictions	3	0,4%
Troubles neurologiques	3	0,4%
Troubles divers	3	0,4%
Pas de précision	9	1,1%

Tableau n°6 : Classification des pathologies mentales observées et effectifs correspondants

2. Traitements en cours

296 individus sur 817 déclarent suivre un traitement médicamenteux, soit 36,2% de la population étudiée.

2.1. Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)

Les TSO sont utilisés par 60 individus sur 817, soit 20,3% des gardés à vue déclarant suivre un traitement médicamenteux et 7,3% de notre effectif total.

- Buprénorphine = Subutex®

La buprénorphine est consommée par 13,2% des personnes suivant un traitement médicamenteux (39 individus sur 296) et le dosage journalier moyen s'élève à 10mg.

La répartition des individus en fonction du dosage journalier en buprénorphine est synthétisée dans la figure suivante :

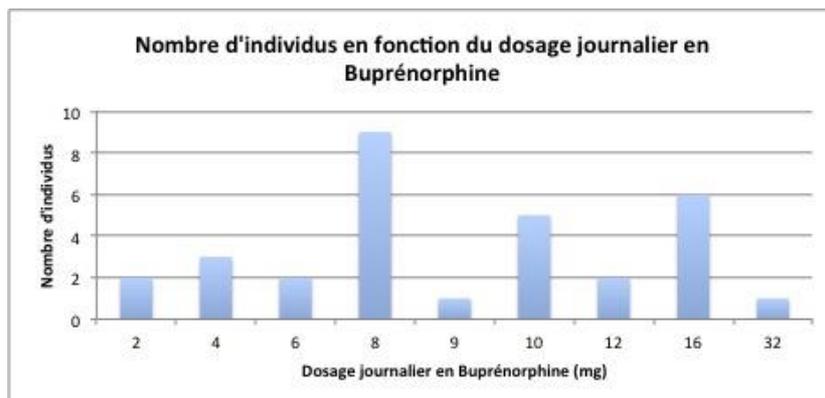


Figure n°7 : Répartition des individus en fonction du dosage journalier en buprénorphine

- Méthadone :

7,1% des gardés à vue déclarant un traitement médicamenteux consomment de la méthadone (21 individus sur 296) et le dosage moyen journalier s'élève à 78 mg.

La figure suivante reprend le nombre d'individus en fonction du dosage journalier en méthadone :

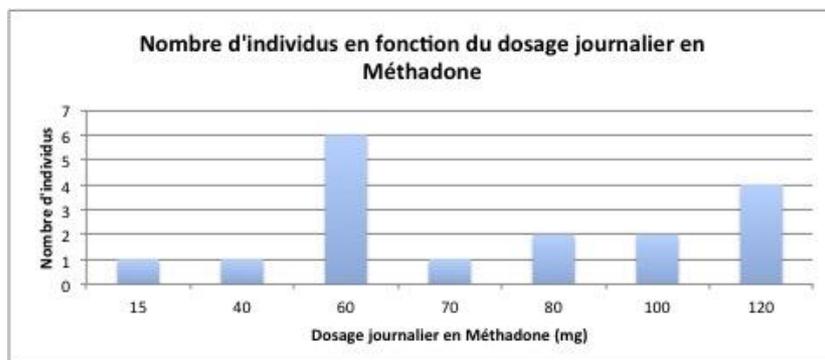


Figure n°8 : Répartition des individus en fonction du dosage journalier en méthadone

2.2. Autres opiacés

Les autres opiacés sont consommés par 5,7% de la population sous traitement médicamenteux (17 individus sur 296) : 6 gardés à vue consomment du sulfate de morphine, 5 s'administrent une association de paracétamol et de codéine, 4 utilisent une association de paracétamol et de tramadol et 3 consomment du tramadol seul.

2.3. Benzodiazépines

La classe médicamenteuse la plus consommée dans notre population est celle des benzodiazépines : 37,5% des personnes sous traitement médicamenteux en consomment (111 individus sur 296).

Le tableau et la figure qui suivent reprennent l'ensemble des benzodiazépines citées par les gardés à vue et les effectifs correspondants :

Benzodiazépines	Nombre de consommateurs	Benzodiazépines	Nombre de consommateurs	Benzodiazépines	Nombre de consommateurs
Alprazolam	14	Diazépam	15	Prazépam	3
Bromazépam	15	Loprazolam	1	Tétrazépam	2
Clobazam	1	Lorazépam	2	Zolpidem	10
Clonazépam	20	Nitrazépam	1	Zopiclone	6
Clorazébate dipotassique	2	Oxazépam	40	Autres	4

Tableau n°7 : Benzodiazépines consommées et effectifs correspondants



Figure n°9 : Répartition des consommateurs de benzodiazépines

2.4. Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont présents chez 10,1% des sujets déclarant un traitement médicamenteux (30 individus sur 296). Les molécules consommées et les effectifs correspondants sont résumés dans le tableau et la figure qui suivent :

Antidépresseurs	Nombre de consommateurs
Escitalopram	7
Fluoxétine	2
Miansérine	4
Mirtazapine	1
Paroxétine	2
Sertraline	1
Venlafaxine	9
Autres	4
TOTAL	30

Tableau n°8 : Antidépresseurs consommés et effectifs correspondants

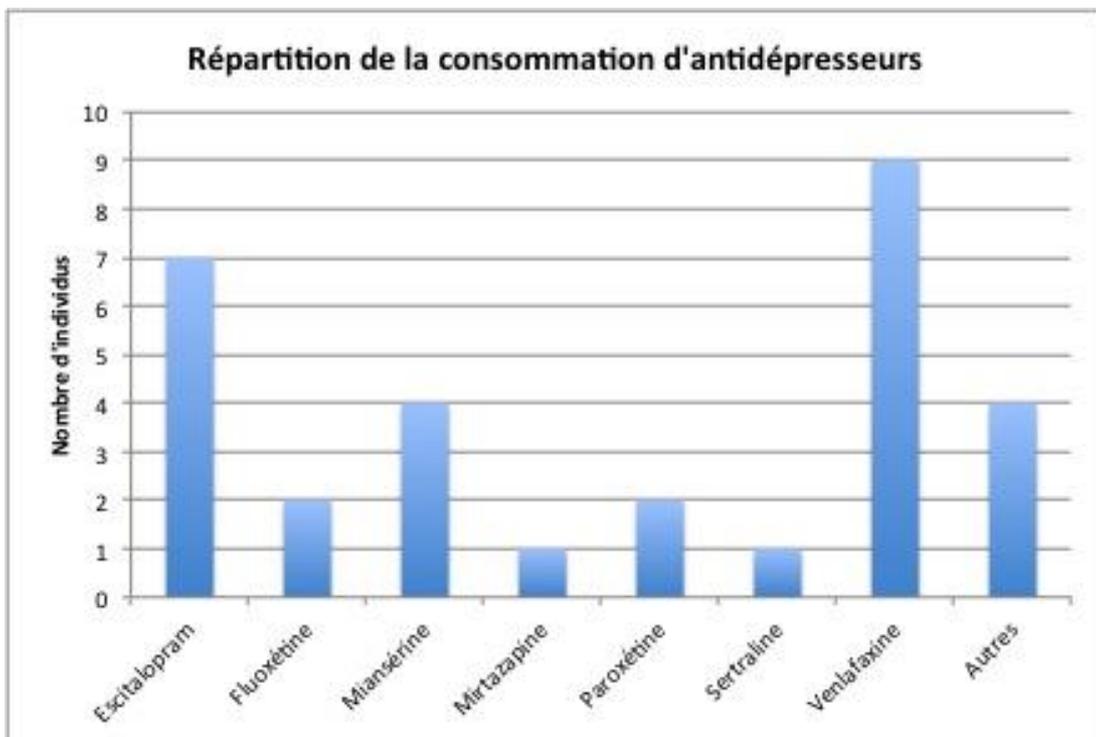


Figure n°10 : Répartition des consommateurs d'antidépresseurs

2.5. Neuroleptiques

Les neuroleptiques sont consommés par 12,8% de la population sous traitement médicamenteux (38 individus sur 296). Le tableau et la figure qui suivent reprennent les différents neuroleptiques utilisés et le nombre de consommateurs correspondants :

Neuroleptiques	Nombre de consommateurs
Amisulpiride	1
Aripiprazole	1
Cyamémazine	19
Lévomépromazine	1
Olanzapine	12
Risperidone	4
Zuclopthixol acétate	1
TOTAL	39

Tableau n°9 : Neuroleptiques consommés et effectifs correspondants

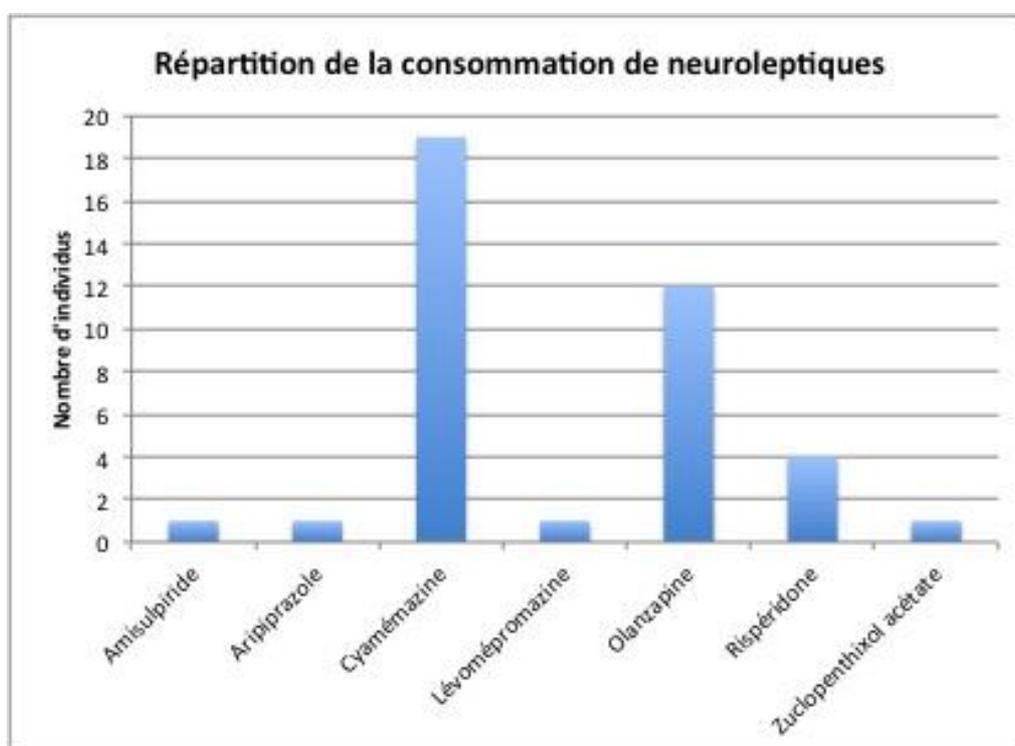


Figure n°11 : Répartition des consommateurs de neuroleptiques

D. Consommation de substances psychoactives

1. Tabac

Nous avons comptabilisé 741 fumeurs sur les 817 individus inclus dans l'étude, soit 90,7% de la population étudiée. Les réponses aux deux questions extraites du test HSI et posées aux gardés à vue sont résumées dans le tableau suivant :

		Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?				TOTAL
		Dans les 5 min	De 6 à 30 min	De 31 et 60 min	Plus de 60 min	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	46	31	37	118	232
	11 à 20	98	98	37	43	276
	21 à 30	76	30	18	11	135
	31 ou plus	60	2	1	0	63
TOTAL		280	161	93	172	706

Tableau n°10 : Réponses aux questions du test HSI et effectifs correspondants

28,0% des fumeurs consomment plus d'un paquet par jour (198 individus sur 706) et 39,7% allument leur première cigarette dans les cinq premières minutes suivant le réveil (280 individus sur 706). **Près d'un tiers de la population fumeuse présente donc une forte dépendance tabagique.** Par ailleurs, nous remarquons que les gros fumeurs brûlent leur première cigarette sitôt le réveil et qu'inversement les petits fumeurs l'allument plus tardivement.

La figure suivante récapitule le nombre d'individus en fonction des scores obtenus au test HSI :

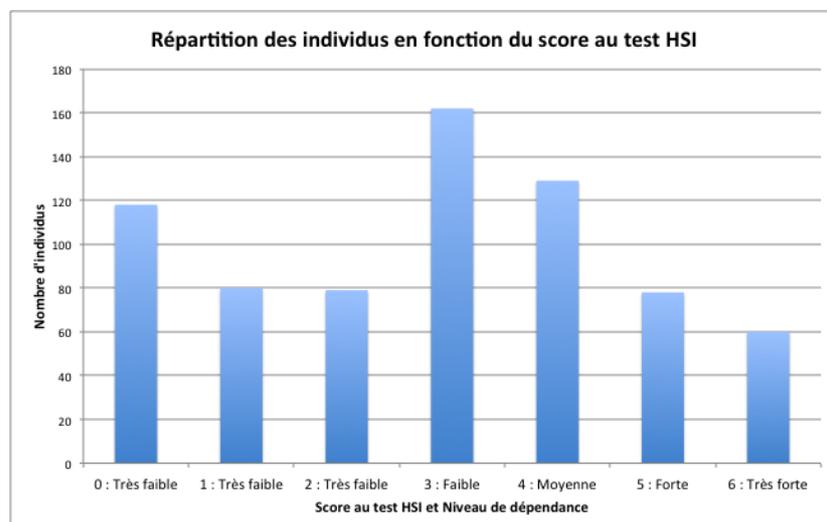


Figure n°12 : Répartition des individus en fonction du score obtenu au test HSI

2. Alcool

A la question « Consommez-vous de l'alcool ? », 386 individus sur 817 répondent « oui », soit 47,2% de notre population. 334 individus ont accepté de se soumettre au test CAGE/DETA qui permet le dépistage de la consommation à risque ou nocive d'alcool.

Le tableau et la figure qui suivent font apparaître le nombre d'individus en fonction des scores obtenus à partir des quatre questions qui leur étaient posées.

Score	0	1	2	3	4	Total
Nombre d'individus	126	63	38	66	41	334
Pourcentage	37,7%	18,8%	11,4%	19,8%	12,3%	100%

Tableau n°11 : Scores obtenus au test CAGE/DETA et effectifs correspondants

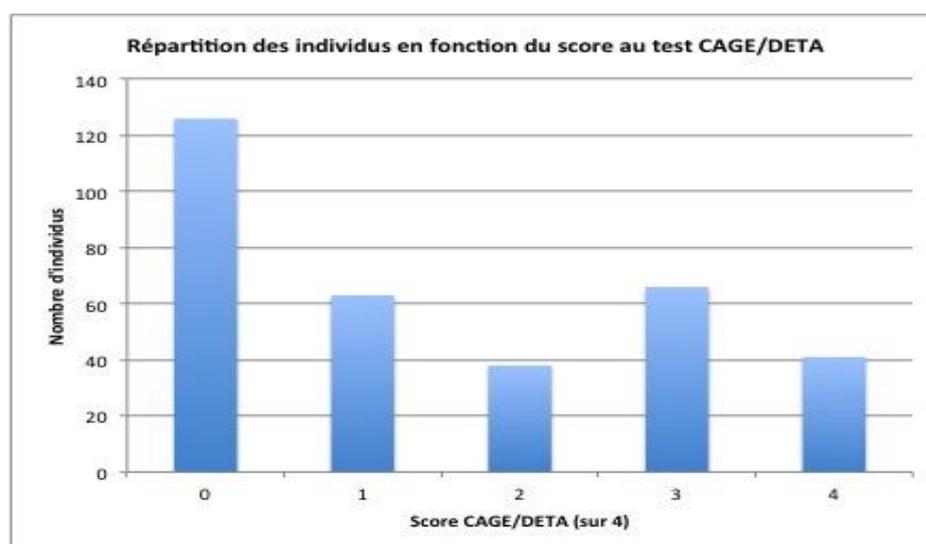


Figure n°13 : Répartition des individus en fonction du score au test CAGE/DETA

En considérant que deux réponses, ou plus, positives à ce test sont évocatrices d'une consommation abusive voire nocive d'alcool, **ces données nous indiquent que 145 individus semblent avoir un problème avec cette substance. Cela représente 17,7% de notre effectif total (145 individus sur 817) et 43,4% des consommateurs d'alcool ayant accepté de répondre à ce test (145 individus sur 334).**

3. Substances psychoactives illicites et médicamenteuses

3.1. Généralités

A l'exception du tabac et de l'alcool, **34,4% de la population étudiée consomme au moins une substance psychoactive (281 individus sur 817).**

Les poly-consommateurs sont également représentés : 5,3% de l'effectif consomme au moins deux substances psychoactives (43 individus sur 817) et 1,1% au moins trois (9 individus sur 817).

Les figures suivantes montrent la répartition de la consommation de substances psychoactives licites et illicites :

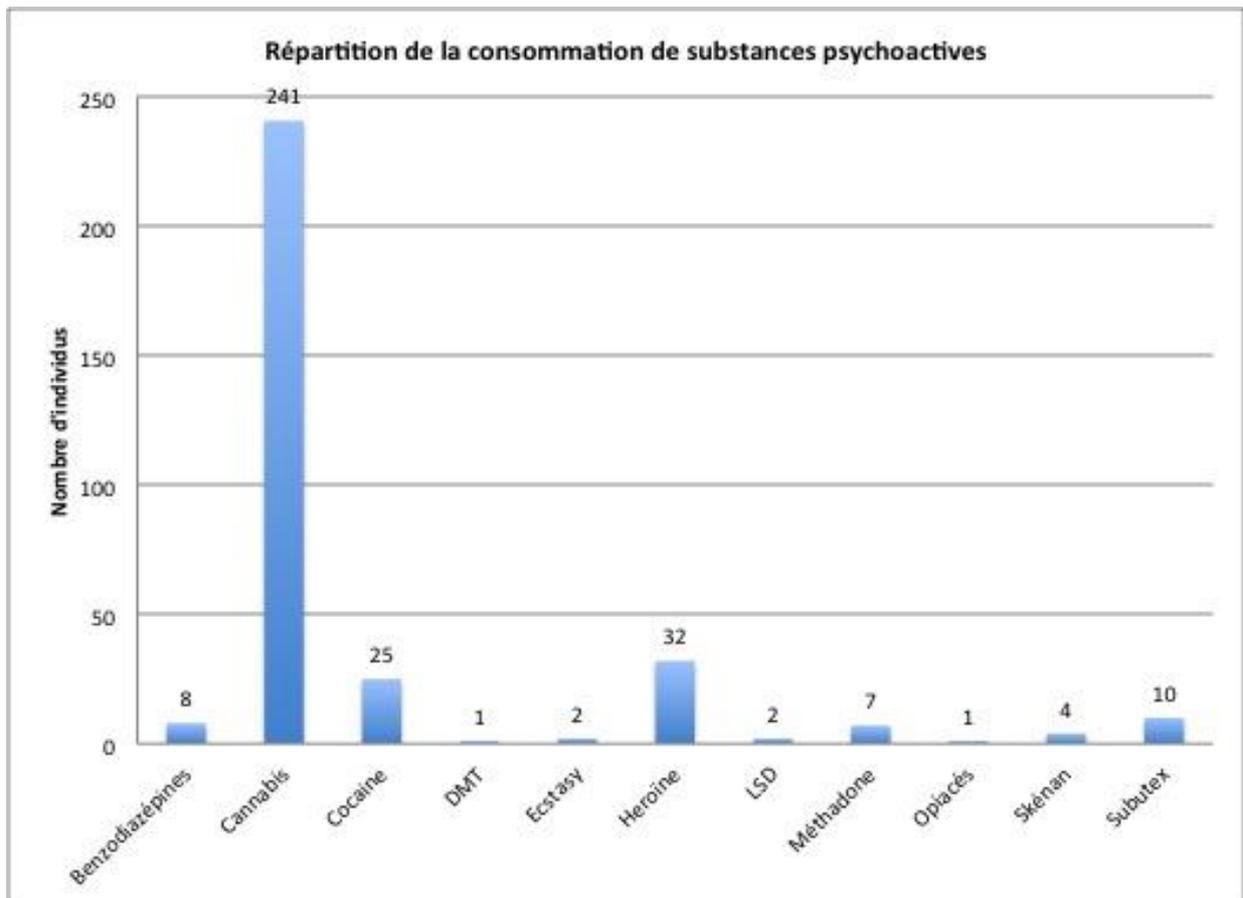


Figure n°14 : Substances psychoactives consommées et effectifs correspondants

Parmi les drogues illicites, **le cannabis reste de très loin le produit psychoactif le plus consommé dans notre population. 241 gardés à vue déclarent en consommer, soit 29,5% de notre population (241 individus sur 817).**

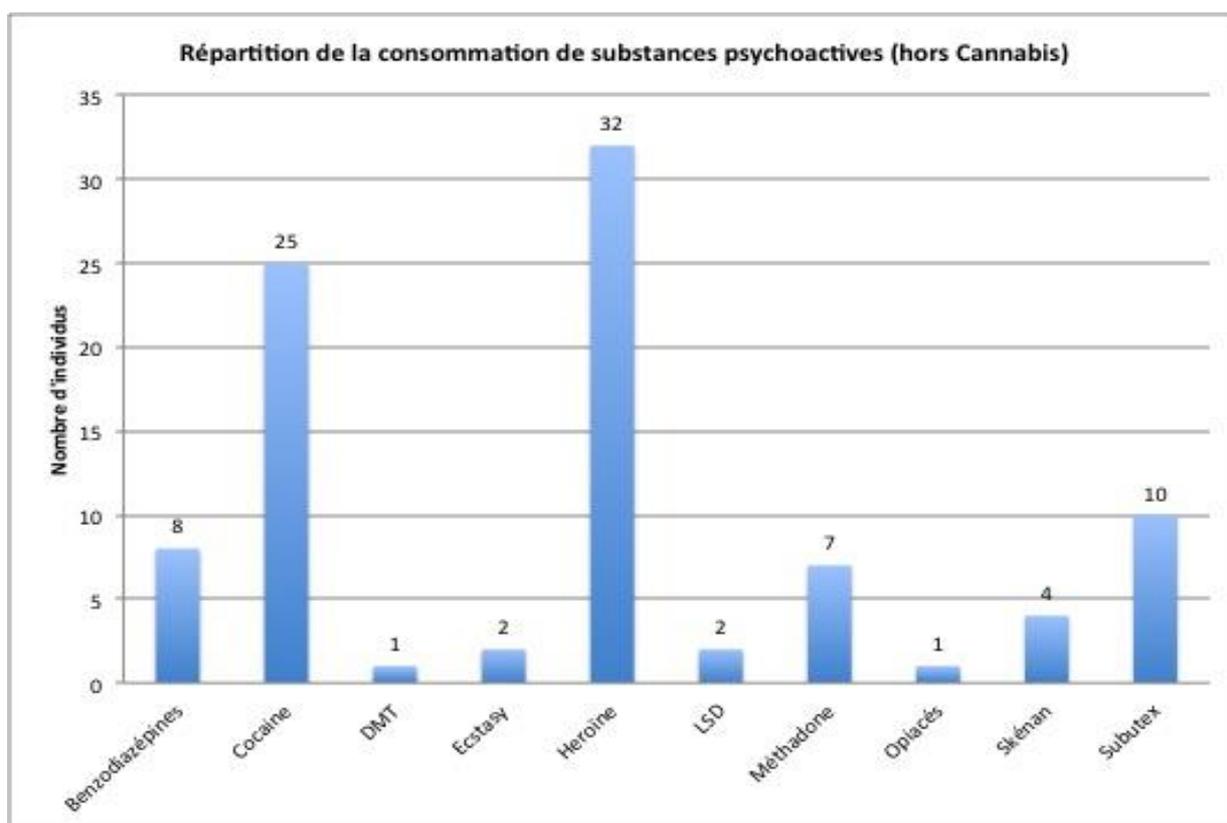


Figure n°15 : Substances psychoactives consommées et effectifs correspondants (hors Cannabis)

L'héroïne est consommée par 3,9% de notre effectif (32 individus sur 817) et apparaît comme la deuxième substance psychoactive la plus consommée. Elle est suivie de près par la cocaïne, utilisée par 3,1% de notre population (25 individus sur 817). Les autres drogues illicites restent minoritaires : 2 individus consomment du diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), 2 autres de l'ecstasy et une personne cite une substance émergente, la diméthyltryptamine (DMT).

Des médicaments figurent également dans ce palmarès, notamment les opiacés (traitements de substitution et autres) et les benzodiazépines :

- 1,2% de l'effectif évoque la buprénorphine (10 individus sur 817),
- 0,9% cite la méthadone (7 individus sur 817),
- 0,6% utilise du sulfate de morphine ou un autre opiacé (5 individus sur 817),
- et 1,0% use des benzodiazépines.

3.2. Modes d'obtention

Le tableau suivant répertorie l'ensemble des modes d'obtention cités par les gardés à vue pour chaque substance :

	Prescription	Achat dans la rue Deal	Vol	Autres (donné, cultivé, etc.)	NR	Total
BENZODIAZEPINES	0	0	0	0	1	1
RIVOTRIL	2	2	0	0	0	4
SERESTA	1	0	0	0	0	1
VALIUM	2	0	0	0	0	2
CANNABIS	0	154	2	40	45	241
COCAÏNE	0	20	0	0	5	25
DMT	0	1	0	0	0	1
ECSTASY	0	2	0	0	0	2
LSD	0	1	0	0	1	2
OPIACES	0	0	0	0	1	1
HEROÏNE	0	22	0	3	7	32
METHADONE	4	0	0	0	3	7
SKENAN	2	1	0	0	1	4
SUBUTEX	7	0	0	0	3	10
TOTAL	18	203	2	43	67	333

Tableau n°12 : Modes d'obtention des substances psychoactives et effectifs correspondants

La principale source d'approvisionnement des drogues illicites (cannabis, cocaïne et héroïne) est l'achat dans la rue et concerne :

- 154 individus sur 241 pour le cannabis, soit 63,9%,
- 20 personnes sur 25 pour l'héroïne, soit 80,0%,
- et 22 gardés à vue sur 32 pour la cocaïne, soit 68,8%.

Cependant, concernant le cannabis, une proportion non négligeable d'individus cite d'autres modes d'obtention (40 individus sur 241, soit 16,6%) et notamment le don par un tiers.

Par ailleurs, parmi les 28 consommateurs de médicaments, 3 ont pour habitude d'acheter la substance au marché noir et 18 se la font prescrire, soit respectivement 10,7% et 64,3%.

3.3. Voies d'administration

Les différentes voies utilisées pour l'administration de chacune des substances sont résumées dans le tableau suivant :

	Per os	Intraveineuse	Inhalation	Intra-nasale	Autres	NR	Total
BENZODIAZEPINES	0	0	0	0	0	1	1
RIVOTRIL	4	0	0	0	0	0	4
SERESTA	1	0	0	0	0	0	1
VALIUM	2	0	0	0	0	0	2
CANNABIS	0	0	210	1	1	29	241
COCAÏNE	0	1	1	18	0	5	25
DMT	1	0	0	0	0	0	1
ECSTASY	1	0	0	0	1	0	2
LSD	1	0	0	0	0	1	2
OPIACES	0	0	0	0	0	1	1
HEROÏNE	0	3	0	24	0	5	32
METHADONE	4	0	0	0	0	3	7
SKENAN	1	2	0	0	0	1	4
SUBUTEX	6	0	1	0	0	3	10
TOTAL	21	6	212	43	2	49	333

Tableau n°13 : Voies d'administration des substances psychoactives et effectifs correspondants

Toutes les benzodiazépines citées par les gardés à vue sont administrées par voie orale. De même, les psychostimulants tels que l'ecstasy, le LSD et la DMT sont généralement utilisés per os.

Le cannabis est, quant à lui, essentiellement consommé par voie fumée : 87,1% des utilisateurs l'affirment mais 12,0% des cas ne sont pas renseignés.

Les consommateurs de cocaïne et d'héroïne semblent privilégier la voie intranasale, citée respectivement dans 72,0% et 75,0% des cas, par rapport à la voie intraveineuse, mentionnée par 4,0% et 9,4% des utilisateurs.

Concernant les TSO, la voie orale est évoquée par 58,8% des individus mais la voie d'administration n'est pas précisée dans 35,3% des cas. **Le Skénan® (sulfate de morphine) est, quant à lui, utilisé en intraveineuse dans un cas sur deux.**

3.4. Effets recherchés

Les tableaux suivants reprennent l'ensemble des effets recherchés, tels qu'ils ont été rapportés par les usagers, par la consommation des substances psychoactives :

CANNABIS			
Effet	Fréquence	Effet	Fréquence
ANXIOLYTIQUE	75	CONVIVALITE	2
NR	27	GOUT	2
EUPHORIE	24	ANESTHESIQUE	1
RIEN	14	COMME LES AUTRES	1
BIEN ETRE	13	DECOMPRESSER	1
HYPNOTIQUE	12	DELIRER	1
OUBLIER	10	FUMER	1
NE SAIS PAS	7	MYORELAXANT	1
ANTALGIQUE	6	NE CHERCHE RIEN	1
EVASION	6	OCCUPATION	1
AUTRE	5	OREXIGENE	1
PLAISIR	4	PLANER	1
DEFONCE	3	RIGOLER	1
HABITUDE	3	SOIN	1

Tableau n°14 : Effets recherchés par la consommation de cannabis et effectifs associés

COCAINE			
Effet	Fréquence	Effet	Fréquence
OUBLIER	5	AUTRE	1
NR	4	DEFONCE	1
PSYCHOSTIMULANT	4	EVASION/LIBERTE	1
PLAISIR	2	NE SAIT PAS	1
ANXIOLYTIQUE	1		

Tableau n°15 : Effets recherchés par la consommation de cocaïne et effectifs associés

HEROINE			
Effet	Fréquence	Effet	Fréquence
NR	8	HYPNOTIQUE	2
BIEN ETRE	6	COMPENSATION DU MANQUE	1
ANXIOLYTIQUE	4	NE SAIT PAS	1
OUBLIER	3	PLAISIR	1
AUTRE	2	SENSATION	1
METHADONE			
Effet	Fréquence	Effet	Fréquence
EUPHORIE	2	NR	1
BIEN ETRE	1		
SKENAN			
Effet	Fréquence		
COMPENSATION DU MANQUE	3		
SUBUTEX			
Effet	Fréquence	Effet	Fréquence
NR	3	DEFONCE	1
ANXIOLYTIQUE	1	EUPHORIE	1
BIEN ETRE	1		

Tableau n°16 : Effets recherchés par la consommation d'opiacés et effectifs associés

3.5. Prix de la consommation par substance

- **Cannabis** :

33 individus consommateurs de cannabis ont répondu à la question relative au coût de leur consommation mensuelle. **La valeur varie de 10 à 1500€ par mois et s'élève en moyenne à 206,30 €.** Mensuellement, 12 d'entre eux dépensent moins de 50€, 5 consacrent entre 51 et 100€, 11 utilisent entre 101 et 500€ et 4 dépensent plus de 500€. En se basant sur les réponses de 39 individus, l'étude montre également que **le cannabis se vend en moyenne 6,75€ le gramme et la barrette de shit se négocie aux alentours de 27,70€.**

- **Cocaïne** :

La cocaïne se vend en moyenne 37,50€ le gramme d'après les données renseignées par dix consommateurs de cette substance.

- **Héroïne** :

L'héroïne, quant à elle, se négocie aux alentours de 27,50€ le gramme d'après les réponses de quatre utilisateurs de cette substance.

3.6. Analyse des critères du DSM-IV

Les proportions d'items de la dépendance positifs pour chaque substance psychoactive sont résumées dans le tableau et la figure qui suivent :

	Tolérance		Symptômes de sevrage		Quantité ou durée supérieure		Désir d'arrêt		Perte de temps		Arrêt des activités		Problèmes de santé	
	Proportion	Pourcentage	Proportion	Pourcentage	Proportion	Pourcentage	Proportion	Pourcentage	Proportion	Pourcentage	Proportion	Pourcentage	Proportion	Pourcentage
BENZODIAZEPINES														
RIVOTRIL	0/1		0/1		1/1		1/1		0/1		0/1		0/1	
CANNABIS	41/158	25,9%	42/158	26,6%	44/158	27,8%	32/158	20,3%	25/158	15,8%	27/158	17,1%	52/158	32,9%
COCAÏNE	10/17	58,8%	11/17	64,7%	9/17	52,9%	10/17	58,8%	5/17	29,4%	8/17	47,1%	8/17	47,1%
DMT	0/1		0/1		0/1		0/1		1/1		1/1		1/1	
ECSTASY	0/2		0/2		1/2		0/2		0/2		0/2		0/2	
LSD	0/1		0/1		1/1		0/1		0/1		0/1		0/1	
OPIACES														
HEROÏNE	12/17	70,6%	16/17	94,1%	13/17	76,5%	15/17	88,2%	10/17	58,8%	13/17	76,5%	12/17	70,6%
METHADONE	1/3	33,3%	1/3	33,3%	0/3	0%	0/3	0%	1/3	33,3%	1/3	33,3%	2/3	66,7%
SKENAN	3/3	100,0%	2/3	66,7%	2/3	66,7%	2/3	66,7%	1/3	33,3%	1/3	33,3%	2/3	66,7%
SUBUTEX	1/1	100,0%	1/1	100,0%	1/1	100,0%	0/1	0%	1/1	100,0%	1/1	100,0%	1/1	100,0%

Tableau n° 17 : Proportions d'items de la dépendance positifs pour chaque substance

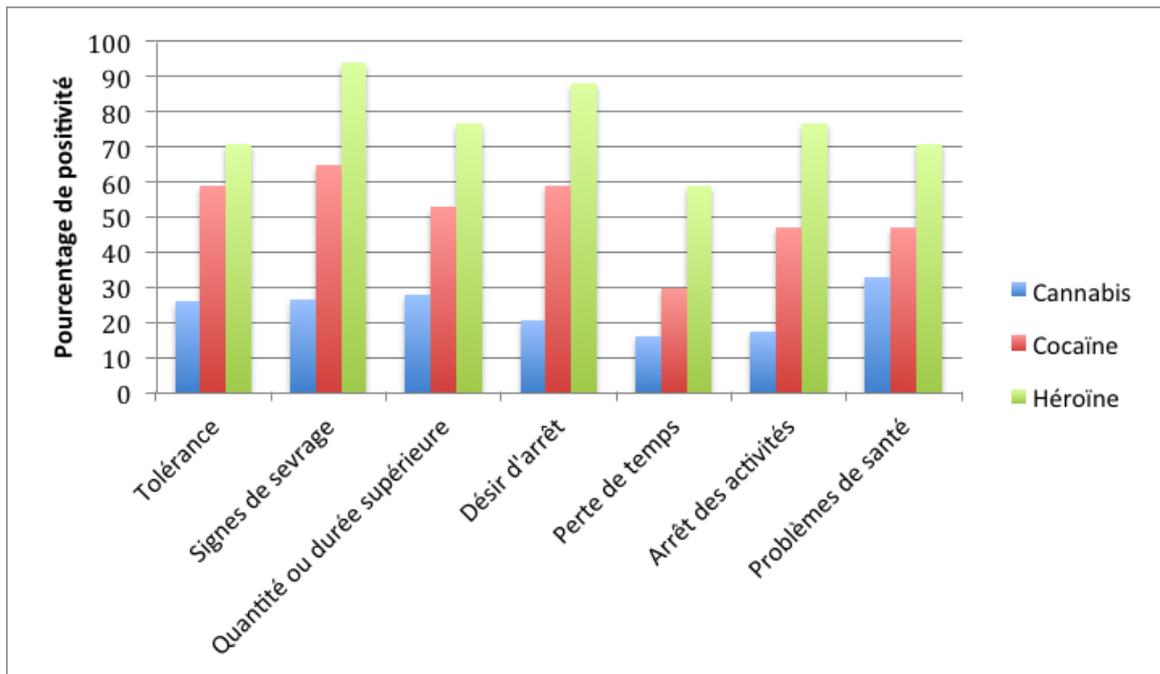


Figure n°16 : Pourcentage de positivité des sept critères de la dépendance pour le cannabis, la cocaïne et l'héroïne

La tolérance :

La figure suivante synthétise les proportions de sujets tolérants pour chaque substance étudiée :

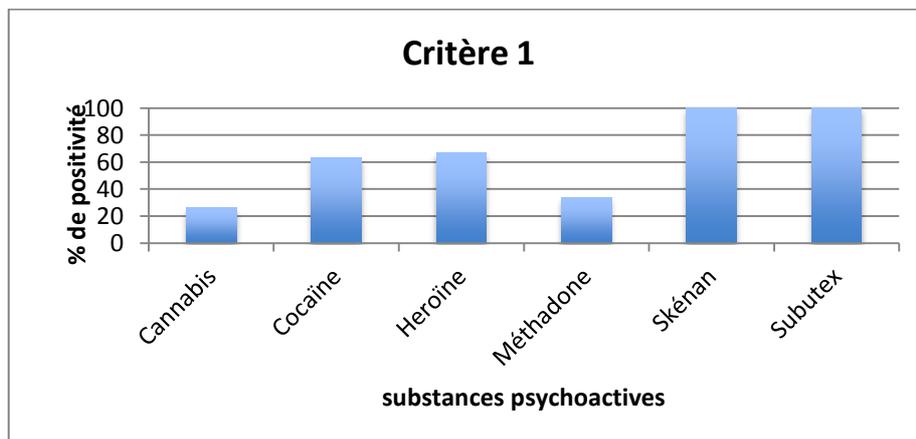


Figure n°17 : Pourcentage de positivité de l'item « tolérance » pour chaque substance

De manière significative, **il apparaît qu'un phénomène de tolérance est davantage observé chez les consommateurs de cocaïne et d'opiacés** que chez les consommateurs de cannabis (p-values respectivement égales à 0,00077 et < 0,0001). Mais nous n'observons pas de différence significative entre la cocaïne et les opiacés concernant ce critère (p-value = 0,58).

Symptômes de sevrage à l'arrêt :

Les pourcentages de symptômes de sevrage à l'arrêt pour chaque substance sont résumés dans la figure suivante :

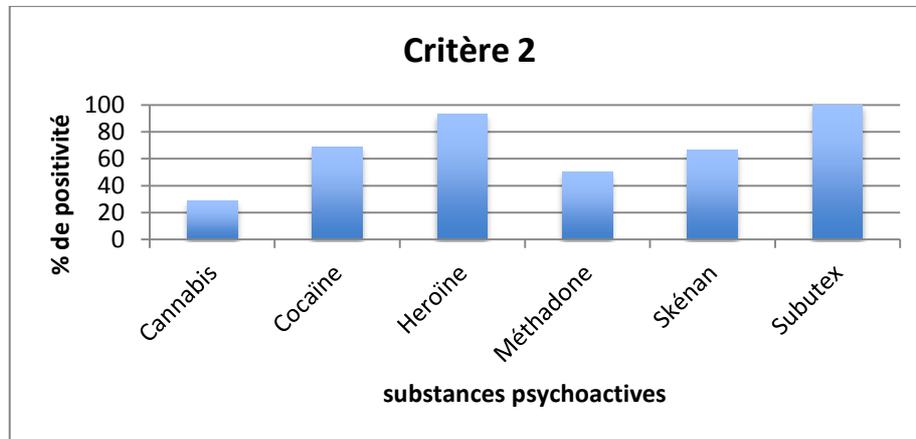


Figure n°18 : Pourcentage de positivité de l'item « symptômes de sevrage » pour chaque substance

Les symptômes de sevrage à l'arrêt sont significativement plus fréquents chez les consommateurs de cocaïne et d'opiacés que chez les consommateurs de cannabis (p-values respectivement égales à 0,00041 et < 0,0001). En revanche, nous ne décelons aucune différence significative entre les cocaïnomanes et les consommateurs d'opiacés concernant ce critère (p-value = 0,071).

Quantité ou durée supérieure à ce qui était prévu :

La figure suivante reprend les pourcentages de positivité de ce critère pour chaque substance :

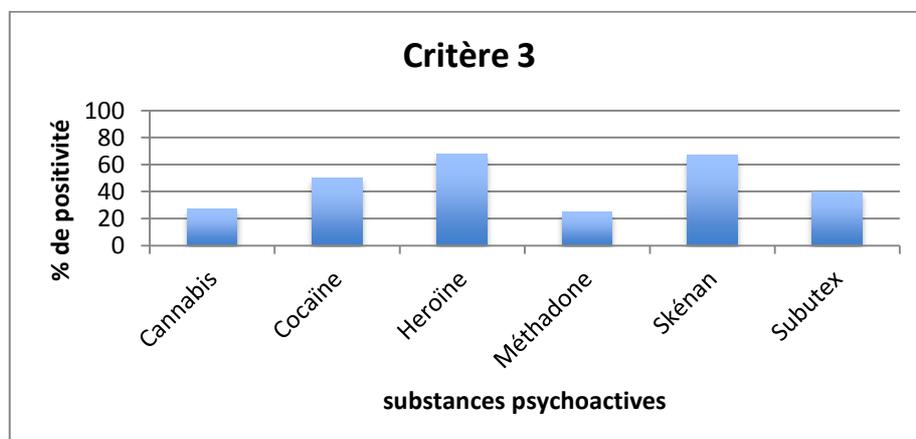


Figure n°19 : Pourcentage de positivité de l'item « quantité ou durée supérieure » pour chaque substance

De manière significative et par rapport au cannabis, **la cocaïne et les opiacés sont davantage consommés en quantité supérieure ou sur une durée plus longue que prévue initialement** (p-values respectivement égales à 0,041 et 0,00012). Mais nous n'observons toujours pas de différence significative entre la cocaïne et les opiacés concernant ce critère (p-value = 0,51).

Désir d'arrêt :

Les proportions de désir d'arrêt pour chaque substance sont résumées dans la figure suivante :

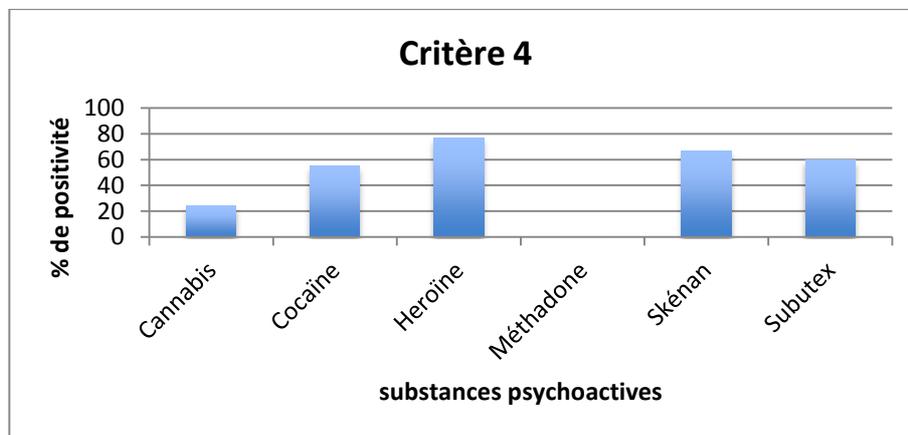


Figure n°20 : Pourcentage de positivité de l'item « désir d'arrêt» pour chaque substance

La cocaïne et les opiacés se caractérisent par un désir d'arrêt significativement plus fréquent que pour le cannabis (p-values respectivement égales à 0,0029 et < 0,0001). En revanche, la cocaïne et les opiacés ne présentent pas de différence significative concernant ce critère (p-value = 0,35).

Temps passé :

La figure suivante reprend les pourcentages de positivité de ce critère pour chaque substance :

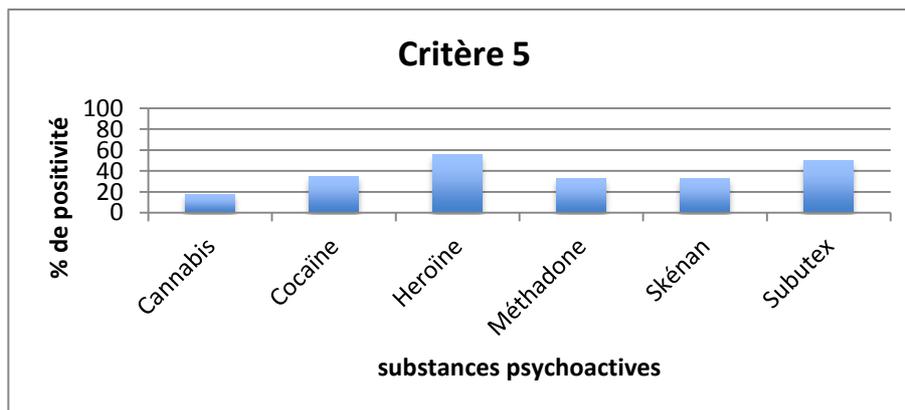


Figure n°21 : Pourcentage de positivité de l'item « temps passé » pour chaque substance

Les consommateurs d'opiacés passent significativement plus de temps pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets par rapport aux consommateurs de cannabis (p -value < 0,0001). Cependant, il n'y a pas de différence significative entre la cocaïne et les opiacés concernant ce critère (p -value = 0,24), ni entre la cocaïne et le cannabis (p -value = 0,069).

Arrêt ou réduction des activités :

Les proportions d'arrêt ou de réduction des activités pour chaque substance sont résumées dans la figure suivante :

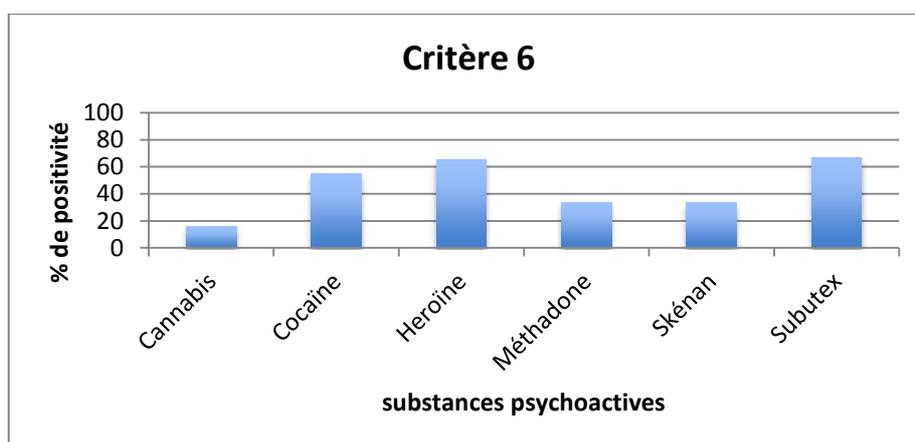


Figure n°22 : Pourcentage de positivité de l'item « arrêt des activités » pour chaque substance

En comparaison au cannabis, la cocaïne et les opiacés poussent significativement plus les individus à arrêter ou réduire des activités sociales, occupationnelles ou de loisirs (p -values < 0,0001). En revanche, nous n'observons pas de différence significative entre la cocaïne et les opiacés concernant ce critère (p -value = 0,69).

Persistance de la consommation malgré des problèmes de santé :

Le graphique suivant synthétise le pourcentage de positivité du dernier critère de diagnostic de la dépendance pour chaque substance :

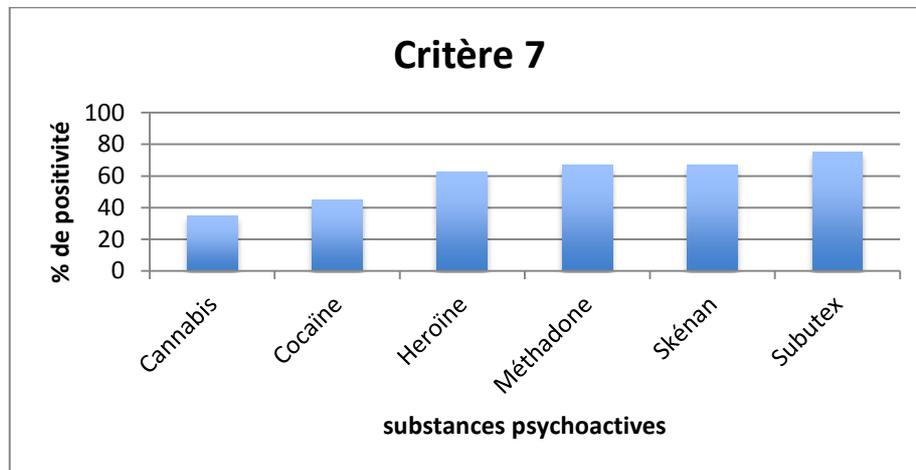


Figure n°23 : Pourcentage de positivité de l'item « problèmes de santé » pour chaque substance

La poursuite de la consommation malgré des problèmes de santé provoqués ou exacerbés par la substance est significativement plus fréquente chez les consommateurs d'opiacés que chez les consommateurs de cannabis (p-value = 0,00088). Cependant, il n'y a aucune différence significative entre la cocaïne et les opiacés concernant ce critère (p-value = 0,16), ni entre la cocaïne et le cannabis (p-value = 0,35).

3.7. Analyse de la dépendance

Analyse par substance :

En se basant sur les critères de la dépendance selon le DSM-IV, l'étude nous indique que :

- **24,7% des consommateurs de cannabis sont dépendants** (39 individus sur 158),
- **58,8% des utilisateurs de cocaïne le sont** (10 individus sur 17),
- **et qu'une dépendance se retrouve chez 79,2% des consommateurs d'opiacés** (19 individus sur 24).

Le tableau suivant nous montre la répartition des situations de dépendance et de non-dépendance pour chaque substance :

SUBSTANCES	Dépendance	Non-dépendance	Total	Pourcentage de dépendance
BENZODIAZEPINES				
RIVOTRIL	0	1	1	0 %
CANNABIS	39	119	158	24,7 %
COCAÏNE	10	7	17	58,8 %
DMT	1	0	1	100 %
ECSTASY	0	2	2	0 %
LSD	0	1	1	0 %
OPIACES				
HEROÏNE	15	2	17	88,2 %
METHADONE	1	2	3	33,3 %
SKENAN	2	1	3	66,6 %
SUBUTEX	1	0	1	100 %
TOTAL	69	135	204	33,8 %

Tableau n°18 : Situations de dépendance et de non-dépendance par substance

Nous observons de manière significative davantage de dépendance chez les consommateurs de cocaïne et d'opiacés que chez les consommateurs de cannabis (p-values respectivement égales à 0,0029 et <0,0001). En revanche, le pourcentage d'individus dépendants n'est pas significativement différent entre les consommateurs de cocaïne et les consommateurs d'opiacés (p-value = 0,18).

Comparaison des situations de dépendance versus non dépendance :

Nous avons recensé l'ensemble des substances consommées pour lesquelles les sept critères de la dépendance sont renseignés.

- Le premier groupe rassemble les situations de dépendance : une situation de dépendance à une substance correspond à une dépendance identifiée selon nos critères (7 items renseignés dont au moins 3 positifs) pour une substance consommée par un individu. Si un individu présente une dépendance à plusieurs substances alors chaque situation de dépendance sera incluse individuellement dans ce groupe et les caractéristiques liées à cet individu apparaîtront autant de fois dans l'analyse.

- Le second groupe rassemble les situations de non-dépendance : une situation de non dépendance à une substance correspond à la situation où les 7 items sont renseignés pour la substance mais moins de 3 sont positifs. De la même façon, un individu peut présenter plusieurs situations de non-dépendance.

Les proportions d'items positifs et négatifs en cas de dépendance et de non-dépendance sont résumées dans le tableau suivant :

	Dépendance		Non-dépendance		p-value
Tolérance					
OUI	51	73,9%	17	12,6%	< 0,0001
NON	18	26,1%	118	87,4%	
Symptômes de sevrage					
OUI	61	88,4%	12	8,9%	< 0,0001
NON	8	11,6%	123	91,1%	
Quantité ou durée supérieure					
OUI	48	69,6%	24	17,8%	< 0,0001
NON	21	30,4%	111	82,2%	
Désir d'arrêt					
OUI	50	72,5%	10	7,4%	< 0,0001
NON	19	27,5%	125	92,6%	
Temps passé					
OUI	36	52,2%	8	5,9%	4,2.10 ⁻³
NON	33	47,8%	127	94,1%	
Arrêt ou réduction des activités					
OUI	47	68,1%	5	3,7%	< 0,0001
NON	22	31,9%	130	96,3%	
Problèmes de santé					
OUI	51	73,9%	27	20,0%	< 0,0001
NON	18	26,1%	108	80,0%	

Tableau n°19 : Proportions d'items positifs et négatifs dans les situations de dépendance et de non-dépendance

Logiquement, la présence des sept critères de la dépendance du DSM-IV est significativement différente entre les deux groupes.

Nous remarquons que **le critère relatif aux symptômes de sevrage à l'arrêt est fortement présent en cas de dépendance. On le retrouve dans près de neuf situations sur dix.**

En revanche, dans les situations de non-dépendance, ce même critère n'apparaît qu'en quatrième position. La poursuite de la consommation malgré des problèmes de santé causés ou exacerbés par la substance est le premier critère positif dans ce même groupe (un cas sur cinq).

Le tableau suivant synthétise et compare les données socio-économiques, les informations médicales, le statut de consommateur d'alcool et de tabac et les données juridiques entre les deux groupes :

	Dépendance N = 69		Non-dépendance N = 135		Total N = 204	p-value
Sexe						
Homme	56	81,2 %	128	95,5 %	184	8,7.10 ⁻³
Femme	13	18,8 %	6	4,5 %	19	
NR	0		1		1	
Age moyen						
	28,5		25,3			2,3.10 ⁻²
Vit						
Seul	34	51,5%	44	33,8 %	78	1,7.10 ⁻²
Accompagné	32	48,5 %	86	66,2 %	118	
NR	3		5		8	
Enfants à charge						
Oui	21	32,3 %	25	19,1 %	46	4,0.10 ⁻²
Non	44	67,7 %	106	80,9 %	150	
NR	4		4		8	
Logement stable						
Oui	43	65,2 %	105	80,2 %	148	2,2.10 ⁻²
Non	23	34,8 %	26	19,8 %	49	
NR	3		4		7	
Travail						
Oui	15	24,2 %	52	51,0 %	67	7,2.10 ⁻²
Non	47	75,8 %	50	49,0 %	97	
Scolarisé	0		13		13	
Déscolarisé	6		13		19	
NR	1		7		8	
Ressources						
Revenus réguliers	16	28,1 %	49	47,1 %	65	1,9.10 ⁻²
Précarité	41	71,9 %	55	52,9 %	96	
NR	12		31		43	

	Dépendance N = 69		Non-dépendance N = 135		Total N = 204	p-value
Pathologies déclarées						
Oui	15	21,7 %	22	16,3 %	37	3,4.10 ⁻¹
Non	54	78,3 %	113	83,7 %	167	
Pathologies mentales						
Oui	8		12		20	
Non	7		10		17	
Maladies infectieuses						
Oui	2		1		3	
Non	13		21		34	
Traitement en cours						
Oui	31	44,9 %	40	29,6 %	71	3,0.10 ⁻²
Non	38	55,1 %	95	70,4 %	133	
Tabac						
Oui	56	83,6 %	124	91,9 %	180	7,6.10 ⁻²
Non	11	16,4 %	11	8,1 %	22	
NR	2		0		2	
Alcool						
Oui	30	44,8 %	63	47,0 %	93	7,6.10 ⁻¹
Non	37	55,2 %	71	53,0 %	108	
NR	2		1		3	
Crimes et délits contre les personnes						
Oui	39	61,9 %	71	56,8 %	110	5,0.10 ⁻¹
Non	24	38,1 %	54	43,2 %	78	
NR	6		10		16	
ILS						
Oui	28	44,4 %	41	32,8 %	69	1,2.10 ⁻¹
Non (par soustraction)	35	55,6 %	84	67,2 %	119	
Crimes et délits contre les biens						
Oui	20	31,7 %	38	30,4 %	58	8,5.10 ⁻¹
Non	43	68,3 %	87	69,6 %	130	
NR	6		10		16	

	Dépendance N = 69		Non-dépendance N = 135		Total N = 204	p-value
Crimes et délits contre l'état						
Oui	1		12		13	
Non	62		113		175	
NR	6		10		16	
ILE						
Oui	3		4		7	
Non	60		121		181	
NR	6		10		16	
Infraction au Code de la route						
Oui	0		27		27	
Non	63		98		161	
NR	6		10		16	
ILA						
Oui	4		4		8	
Non	59		121		180	
NR	6		10		16	

Tableau n°20 : Comparaison des données sociodémographiques, juridiques et médicales dans les situations de dépendance et de non-dépendance

Il existe des différences significatives entre les deux groupes. Dans les situations de dépendance, on retrouve :

- **plus de femmes** (18,8% versus 4,5%),
- **un âge moyen légèrement plus élevé** (28,5 ans versus 25,3 ans),
- **un plus grand isolement** (51,5% vivent seuls versus 33,8%),
- **une proportion d'enfant(s) à charge plus importante** (32,3% versus 19,1%),
- **un pourcentage d'inactifs plus élevé** (75,8% versus 49,0%),
- **un taux de précarité supérieur** (71,9% versus 52,9%),
- **une consommation de médicaments plus fréquente** (45,7% versus 29,6%).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant les pathologies déclarées, la consommation de tabac ni celle d'alcool.

IV. Discussion

LIMITES DE L'ÉTUDE ET AXES D'AMÉLIORATION :

Il s'agit de la première étude française s'intéressant aux données juridiques, médicales et sociologiques des personnes placées en garde à vue et consommatrices d'au moins une substance psychoactive (y compris le tabac et l'alcool). Ce travail souligne la singularité de cette population mais présente des limites.

D'une part, il est confronté à un biais de sélection géographique. En effet, son caractère monocentrique permet de cibler l'analyse sur une population homogène mais limite l'extrapolation à d'autres types d'individus ou à d'autres régions de France. Aussi, les résultats concernant la consommation d'alcool chez les gardés à vue peuvent être nuancés puisque la région dans laquelle s'est déroulée l'étude est l'une de celles où la consommation excessive d'alcool est la plus importante, notamment chez les jeunes entre 15 et 25 ans (*ORS Pays de la Loire, 2012*).

D'autre part, bien que des études aient validé la fiabilité, au cours de la garde à vue, de l'auto-déclaration de la consommation de produits illicites (*Stark, 2002 ; Brown, 1992*), nos données concernant les substances sont probablement sous-déclarées. Une étude britannique menée auprès de médecins légistes a montré qu'une grande partie d'entre eux pensent que les toxicomanes rencontrés en garde à vue manquent de fiabilité dans leurs déclarations (*Stark, 2005*). De même, il semblerait que les gardés à vue aient une image plutôt négative des praticiens qui les examinent et un manque de confiance envers eux (*Gregory, 2007*). Malgré le fait que le médecin réquisitionné soit soumis au secret professionnel et qu'aucune donnée ne puisse être transmise aux autorités, le caractère illégal de certains produits peut pousser les gardés à vue à dissimuler leur utilisation par manque de confiance. De plus, nous pensons que les détenus, comme les médecins légistes, ne pensent pas spontanément à évoquer les médicaments psychotropes dans le questionnaire sur les conduites addictives et qu'ils sont donc sous-évalués en matière de dépendance.

Afin d'améliorer la qualité du recueil et par conséquent la finesse de l'analyse, il nous semble essentiel que les médecins réquisitionnés soient davantage informés sur nos méthodes d'évaluation de la pharmacodépendance et sur la façon de remplir le questionnaire relatif aux conduites addictives en posant les bonnes questions sans heurter les gardés à vue. En effet, de nombreux cas n'ont pas pu être interprétés, notamment ceux pour lesquels le tableau, reprenant les sept critères de la dépendance, n'était pas rempli ou alors l'était mais de manière incomplète.

Nous pensons, également, qu'il serait intéressant de notifier systématiquement la présence ou l'absence d'un état d'ivresse au moment de l'examen médical en se basant sur des critères cliniques et/ou biologiques révélateurs d'une intoxication alcoolique. En effet, il nous paraît nécessaire d'avoir des données fines à ce propos de manière à mieux évaluer les polyconsommations mais également pour préciser les liens entre l'état d'ébriété et les différents motifs de garde à vue.

LA POPULATION DES GARDÉS A VUE CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :

- Conformité par rapport aux études similaires au niveau sociodémographique :

D'un point de vue sociodémographique, notre population est comparable à celles étudiées dans des travaux similaires en Grande Bretagne et aux Pays Bas (*Payne-James, 2010 ; Ceelen, 2012*). Les individus sont majoritairement des hommes âgés d'une trentaine d'années et dont la situation professionnelle et les conditions de revenus sont précaires. En effet, notre étude fait apparaître que seulement 37,7% de la cohorte travaille et qu'un individu sur cinq n'a pas de logement stable. Ces données sont semblables à celles recueillies par Payne-James et par Ceelen qui estiment que 66,0% à 69,0% des gardés à vue sont sans activité et que 10,0% à 13,0% sont sans domicile fixe.

- Des différences en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes :

Comparativement à la population générale, cette étude révèle des différences notamment en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes.

La proportion des gardés à vue souffrant d'un trouble dépressif est équivalente à celle des individus bénéficiant d'un traitement adapté à cette pathologie. 3,6% de notre population affirme consommer un antidépresseur, taux de prévalence comparable à celui retrouvé dans la population française et estimée entre 3,5% (*Olié, 2002*) et 6,0% (*INSERM, 2012*). Le classement des antidépresseurs en fonction du nombre de consommateurs est similaire à celui observé dans la population française (*Rombi, 2009*).

De plus, notre étude estime que 4,7% de la cohorte consomme au moins un neuroleptique. Cette proportion semble étonnamment élevée, d'autant plus que le taux de prévalence des troubles psychotiques dans notre population est évalué à 1,5%. En analysant la consommation des différents neuroleptiques, nous remarquons que la cyamémazine est la molécule la plus largement utilisée, citée 19 fois parmi les 38 utilisateurs de neuroleptiques. En réalité, cette molécule est principalement utilisée pour ses propriétés sédatives et non pour ses vertus antipsychotiques. Cette notion pourrait expliquer l'écart important entre la prévalence des troubles psychotiques et le niveau de consommation des neuroleptiques anormalement haut.

La classe médicamenteuse la plus consommée est celle des benzodiazépines et apparentés. Son utilisation concerne 13,6% des individus observés, ce qui est comparable à la population générale dont la prévalence annuelle d'exposition en 2010 est estimée entre 10,0% et 20,0% (*INSERM, 2012*). Cependant, seulement 2,8% des gardés à vue déclarent souffrir de troubles de l'anxiété, du comportement et/ou du sommeil. La différence entre la prévalence de ces troubles et les taux d'utilisation des benzodiazépines suggère une surconsommation de cette classe de psychotropes. Par ailleurs, le classement des benzodiazépines en fonction du nombre de consommateurs diffère de manière étonnante entre les gardés à vue et la population générale. En effet, dans notre population, l'oxazépam est la benzodiazépine la plus consommée suivie de près par le clonazépam, alors que ces deux molécules sont respectivement classées en

9^{ème} et 6^{ème} position dans la population générale. Notre palmarès ressemble davantage à celui observé dans la dernière enquête OPPIDUM, menée auprès d'individus suivis dans des structures d'accueil et de soins spécialisées dans la prise en charge des addictions, mais nos niveaux de consommation sont nettement inférieurs. Pour rappel, l'oxazépam est une benzodiazépine à demi-vie intermédiaire dont l'indication principale est l'anxiété, la prévention et le contrôle du delirium tremens au cours du sevrage alcoolique et le clonazépam est quant à lui indiqué dans le traitement de l'épilepsie (Vidal, 2012). La présence de l'oxazépam en tête de notre classement pourrait être liée à la consommation problématique d'alcool anormalement élevée dans notre population. De même, la popularité du clonazépam, dont les conditions de prescriptions et de délivrance ont été modifiées suite à la mise en évidence d'un taux très élevé de prescription en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché et d'un usage détourné croissant chez les toxicomanes, est étonnante et met en évidence le caractère singulier de notre population.

Notre étude révèle également une très forte utilisation des TSO dans cette population. Le dernier rapport de l'OFDT estime que 145 000 individus ont bénéficié d'un remboursement pour ces médicaments en 2011, avec une nette prédominance de la buprénorphine qui représente environ 75% de l'ensemble (OFDT, 2012). En se basant sur le bilan démographique 2012 de l'INSEE (INSEE, 2012), nous évaluons la prévalence de la consommation des TSO à 0,2% dans la population totale française et à 0,3% dans la population adulte française. Ce niveau de consommation est très inférieur aux résultats de notre étude dans laquelle nous révélons une utilisation des TSO par 7,3% des gardés à vue observés. La buprénorphine et la méthadone représentent respectivement 65,0% et 35,0% de l'ensemble des TSO. Ces chiffres extrêmement élevés sont comparables aux données recueillies en milieu carcéral où l'on estime que 9,0% des détenus étaient sous TSO en 2010 (INSERM, 2012). En outre, en ce qui concerne les posologies, la buprénorphine et la méthadone semblent prescrites selon les dernières recommandations relatives à la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés (ANAES, 2004).

- Autres caractéristiques :

Notre population, qui pour rappel ne correspond pas à l'ensemble des gardés à vue mais à ceux qui ont déclaré l'utilisation de substances psychoactives, se distingue par sa consommation d'alcool et de tabac environ deux fois supérieure à celle de la population générale.

Une équipe parisienne s'est récemment intéressée à la consommation d'alcool des gardés à vue et plus précisément à la conduite en état d'ivresse (*Lepresle, 2012*). Il en ressort que 20% à 26% des personnes interrogées boivent de l'alcool quotidiennement, que 14% à 25% ont une consommation nocive de la substance et que 4% à 8% en sont dépendantes. Dans notre étude, l'alcool est consommée par 47,2% de l'effectif et, au regard des résultats au test CAGE/DETA, 43,4% de cette sous-population présente une consommation à risque ou nocive d'alcool, soit 17,7% de l'effectif total. En comparant ces deux études aux chiffres de l'OFDT (*OFDT, 2013*), il semblerait que l'utilisation d'alcool chez les gardés à vue est environ deux fois plus importante que dans la population générale. Cette différence, confirmée également par les données néerlandaises (*Ceelen, 2012*), pourrait s'expliquer par l'interrelation entre l'alcool et les comportements agressifs (*Lau, 1995 ; Hoaken, 1998*) qui génèrent de nombreuses gardes à vue.

Les données de l'OFDT nous apprennent également qu'environ trois français sur dix fument quotidiennement alors que cet usage concerne neuf individus sur dix dans notre population. Si l'on fait le rapport entre le nombre de fumeurs (741 individus) et le nombre de gardés à vue ayant été examinés par un médecin et dont les données sont utilisables (975 personnes), il apparaît que le tabac est consommé par 76% des gardés à vue, soit 2,5 fois plus que dans la population française. De plus, l'interprétation du test HSI nous permet d'affirmer que plus de 60,0% des gardés à vue fumeurs sont dépendants à la nicotine, ce qui est semblable aux résultats de Lepresle (*Lepresle, 2012*) et Payne-James (*Payne-James, 2010*) qui estiment que la dépendance au tabac touche respectivement 54,0% à 62,0% et 63,1% de leurs populations.

UN APPORT INDÉNIABLE POUR L'ÉVALUATION DE LA PHARMACODÉPENDANCE :

- Une forte consommation de substances psychoactives associée à des niveaux de dépendance élevés :

Si l'on compare nos résultats aux derniers chiffres de l'OFDT, les gardés à vue utilisateurs de substances psychoactives consomment 14 fois plus de cannabis (29,4% versus 2,1%), 20 fois plus d'héroïne (3,9% versus 0,2%) et 3 fois plus de cocaïne (3,1% versus 0,9%) que la population générale. Étonnamment, la proportion de consommateurs d'héroïne est supérieure à celle des consommateurs de psychostimulants (cocaïne, amphétamines, LSD, etc.). Ceci peut en partie être expliqué par le niveau de précarité des gardés à vue et le prix de vente de l'héroïne inférieur à celui de la cocaïne, comme le confirment nos résultats.

Par ailleurs, nous observons de manière significative davantage de dépendance chez les consommateurs de cocaïne et d'opiacés que chez les utilisateurs de cannabis. En effet, 24,7% des consommateurs de cannabis sont dépendants à la substance, ce qui est trois fois supérieur aux données américaines (8 à 9%) sur la population générale (*Kandel, 1997 ; Anthony, 1991*) mais ce qui tend à se rapprocher des chiffres australiens (21%) selon une étude réalisée sur un échantillon représentatif de la population adulte (*Swift, 2001*). Notre étude révèle également que la proportion de dépendants atteint 58,8% chez les consommateurs de cocaïne alors que deux études américaines l'estime entre 14% à 16% (*Wagner, 2002 ; Chen, 2002*). Enfin, nous retrouvons une proportion très élevée de consommateurs dépendants à l'héroïne (88,2%) ce qui vient renforcer l'idée que les opioïdes font partie des substances psychoactives ayant un potentiel addictif parmi les plus forts.

- Des modalités d'obtention et d'administration comparables aux autres études :

Sans surprise, la principale source d'approvisionnement des drogues illicites (cannabis, cocaïne et héroïne) est l'achat dans la rue mais une part non négligeable des consommateurs cite d'autres modes d'obtention notamment le don. En réalité, il nous semble peu probable qu'un cinquième des utilisateurs de cannabis puisse fumer

gratuitement et nous pensons que le contexte de la garde à vue et la difficulté d'établir une relation de confiance au cours de l'examen médical sont des obstacles pour recueillir ce type d'informations pourtant soumises au secret professionnel. D'autre part, nous estimons qu'environ 14,3% des consommateurs de médicaments psychotropes se procurent la substance de manière illégale. C'est notamment le cas du clonazépam (Rivotril®) et du sulfate de morphine (Skénan®), deux médicaments à fort potentiel de détournement, dont les taux d'obtention illégale sont respectivement de 40% et de 70% dans la dernière enquête OPPIDUM (ANSM, 2011).

Concernant les voies d'administration, nos données suivent les tendances actuelles retrouvées dans les enquêtes OPPIDUM et OPEMA. Les consommateurs d'héroïne et de cocaïne utilisent majoritairement la voie intra-nasale dans respectivement 75,0% et 72,0% des cas et le sulfate de morphine (Skénan®), s'administrant per os selon le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP), est injecté dans un cas sur deux. La buprénorphine (Subutex®), considérée comme le médicament le plus consommé faisant l'objet d'un détournement de la voie d'administration (ANSM, 2011), est utilisée par voie orale dans 6 cas sur 10, par inhalation dans 1 cas sur 10 et sans précision dans 3 cas sur 10. La méthadone est quant à elle consommée exclusivement per os lorsque la voie d'administration est précisée.

- Des effets recherchés révélateurs de consommations problématiques :

En analysant les effets recherchés par la consommation de substances psychoactives, nous remarquons une prédominance de motivations négatives, notamment pour la cocaïne et le cannabis. Ces résultats inattendus constituent un nouvel argument en faveur d'un niveau élevé de dépendance dans notre population. Ils mettent en évidence des consommations plutôt problématiques puisqu'une majorité des gardés à vue ne consomme plus pour le plaisir. En effet, environ un quart des utilisateurs de cannabis et un tiers des consommateurs de cocaïne évoquent des effets recherchés positifs (euphorie, bien-être, plaisir, convivialité, etc.) alors que les effets négatifs et/ou compensatoires (oublier, anxiolytique, hypnotique, antalgique, etc.) sont recherchés par environ la moitié de ces mêmes consommateurs. D'autre part, environ 10,0% des consommateurs de cannabis et 5,0% des utilisateurs de cocaïne ne

recherchent aucun effet particulier et assimilent donc leur consommation à une habitude et non plus à une recherche de sensations. Pour rappel, la cocaïne est généralement consommée dans les milieux festifs et ses usagers recherchent initialement un accroissement des performances physiques et intellectuelles et un moyen de favoriser la communication et d'augmenter la convivialité (HAS, 2010). De même, le cannabis est habituellement utilisé pour augmenter le plaisir et favoriser les liens sociaux (Hartwell, 2012). Concernant les opiacés, bien que les taux de dépendance soit très élevés dans notre étude, les deux catégories d'effets sont observées dans des proportions similaires alors qu'habituellement les personnes dépendantes aux opiacées consomment pour éviter un inconfort physique et ne ressentent plus ou alors rarement d'effets positifs (Hartwell, 2012).

- Des substances psychoactives aux profils atypiques :

Au regard des critères de la dépendance du DSM-IV, cette étude met en évidence un profil « classique » pour l'héroïne mais des profils plus atypiques pour la cocaïne et le cannabis.

Les données recueillies sur l'héroïne vont dans le sens des connaissances actuelles et montrent un potentiel de dépendance physique et psychique très fort. En effet, la présence de signes physiques est extrêmement importante et est estimée à 70,6% pour la tolérance et à 94,1% en ce qui concerne les symptômes de sevrage. La dimension compulsive de la dépendance est également fortement représentée : 76,5% des consommateurs d'héroïne l'utilisent en quantité plus importante ou sur une durée plus longue que prévue(s) initialement et 88,2% désirent arrêter leur consommation ou ont déjà tenté de le faire. De même, les conséquences dommageables d'une telle consommation sont particulièrement présentes : 58,8% des utilisateurs d'héroïne déclarent passer beaucoup de temps pour consommer la substance, 76,5% affirment avoir arrêté ou diminué certaines activités à cause de ce comportement et 70,6% avouent poursuivre leur consommation malgré des problèmes de santé provoqués ou exacerbés par l'héroïne.

Le profil de la cocaïne est, quant à lui, surprenant puisqu'il se rapproche étrangement de celui de l'héroïne et qu'aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre ces deux produits. Le taux élevé de dépendance à la cocaïne est ici

associé à une proportion importante d'individus présentant des conséquences physiques et évoquant une désocialisation étonnamment élevée. Nos résultats font apparaître des signes physiques dans plus d'un cas sur deux : 58,8% des consommateurs observent un phénomène de tolérance et 64,7% décrivent des symptômes de sevrage en cas d'arrêt de la consommation. Sans surprise, le caractère compulsif de la cocaïne est également présent : le critère 3 (« quantité ou durée supérieure ») est présent dans 52,9% des cas et le critère 4 (« désir d'arrêt ») l'est dans 58,8%. Nos données mettent aussi en évidence la responsabilité de cette substance dans l'arrêt ou la diminution des activités sociales et/ou professionnelles dans environ un cas sur deux (47,1%) alors que les effets habituellement recherchés par la consommation de cocaïne sont l'hyperstimulation et l'augmentation des performances sociales.

Si l'on compare les pourcentages de positivité des différents items de la dépendance, le cannabis a un profil très différent de celui de la cocaïne et de l'héroïne. Cette notion s'explique par son potentiel de dépendance physique et psychique beaucoup plus faible que pour les deux autres substances (*Orithye, Le Cannabis*). Néanmoins, notre étude montre que la consommation de ce produit chez les gardés à vue est associée à des signes physiques (« tolérance » et « symptômes de sevrage à l'arrêt ») et compulsifs (« quantité ou durée supérieure(s) à ce qui était prévu » et « désir d'arrêt ») dans environ un cas sur quatre (de 20,3% à 27,8%) et que l'utilisation de la substance est poursuivie malgré des problèmes de santé dans un cas sur trois (32,9%).

- Caractéristiques de la dépendance dans cette étude :

La comparaison des situations de dépendance et de non-dépendance nous a permis dresser le profil du groupe touché par la dépendance.

L'étude nous apprend que l'âge moyen est légèrement plus élevé dans ce groupe ce qui renforce l'idée que la dépendance, notamment psychologique et comportementale, se renforce au fil des années. En effet, il est clairement établi que le risque de survenue de complications augmente avec le temps d'exposition aux effets du produit au cours de la vie (*Reynaud, 2006*).

D'autre part, le niveau socio-économique de ce même groupe est significativement plus faible. Les résultats nous indiquent que les individus touchés par la dépendance vivent davantage seuls mais déclarent plus fréquemment un/des enfant(s) à charge ce

qui s'explique, en partie, par l'âge moyen plus élevé dans ce groupe. De plus, nous observons un pourcentage d'inactifs deux fois plus important dans le groupe affecté par la dépendance par rapport à l'autre groupe, expliquant des conditions de ressources plus faibles et une instabilité de logement. L'étude semble souligner que le passage d'un usage simple à une dépendance accroît l'isolement des individus et augmente leur précarité ce que confirme un travail canadien révélant une consommation de substances psychoactives et des taux de dépendance exceptionnellement élevé dans un échantillon de 196 femmes sans-abris (*Torchalla, 2011*).

En marge de ces carences, notre étude montre que la proportion de femmes est étonnamment supérieure dans la population touchée par la dépendance. Les résultats des études épidémiologiques suggèrent généralement que les hommes consomment plus de substances psychoactives que les femmes mais des données récentes indiquent que le nombre de femmes développant des troubles liés à l'utilisation de substances augmente (*Roth, 2004*). Cotto souligne que la population féminine semble plus vulnérable aux effets des substances et notamment au développement d'une dépendance en particulier à la cocaïne et aux psychotropes (*Cotto, 2010*). De plus, l'usage de substances chez les femmes semble évoluer plus rapidement vers la dépendance et le risque de rechute après une période d'abstinence est plus important dans cette population (*Becker, 2008*). La répartition du genre dans notre étude suggère que les femmes consommatrices de substances, retrouvées en garde à vue, présentent un risque plus élevé de dépendance et constituent donc des cas souvent sévères sur lesquels une attention particulière doit être portée. Ce lien entre dépendance et statut féminin a également été mis en évidence dans une étude menée au sein d'une population de femmes incarcérées. L'auteur révèle des taux de dépendance élevés (56,1 % pour l'alcool, 60,1% pour la cocaïne et 48,8% pour les opiacés) et établit également des corrélations entre dépendance, agressivité et comportement criminel (*Lewis, 2011*).

En 1985, Goldstein défend l'idée que la violence est déterminée par une interaction de facteurs notamment les états émotionnels, les influences pharmacologiques et les dangers inhérents au commerce de drogues illicites (*Goldstein, 1985*). Une revue de la littérature montre que l'abus de certains types de drogues illicites est impliqué, chez les femmes et chez les hommes, en tant que cause ou comme facteur favorisant, dans les comportements violents. Certaines substances, comme la cocaïne, le crack ou les amphétamines, modifient le comportement de certains individus et augmentent la

fréquence des conduites agressives et des situations à risque (*Friedman, 1996*). Notre étude ne nous a pas permis d'établir des liens entre le niveau de dépendance et les motifs de placement en garde à vue. Néanmoins, la relation entre la consommation de substances et les comportements violents pourraient, en partie, expliquer la proportion élevée des individus présentant un abus ou une dépendance dans la population des gardés à vue.

La prévalence élevée des consommations de substances psychoactives également retrouvée dans une étude parisienne (*Lepresle, 2012*), les niveaux de dépendance particulièrement inquiétants, les effets recherchés majoritairement négatifs et les profils de dépendance de chacune des substances viennent conforter l'idée que les gardés à vue sont loin d'être comparables à la population générale et qu'ils présentent un profil de consommateurs problématiques. Ces données s'apparentent aux résultats d'études menées en milieu pénitentiaire, dans lesquelles on retrouve des niveaux de consommation très élevés associés à des pratiques à risques très fréquentes. Ces éléments témoigneraient d'une perte de contrôle due à une addiction avérée et non d'une simple consommation récréative ou occupationnelle (*Rossard, 2012*). Les populations marginales retrouvées en garde à vue et en milieu pénitentiaire doivent donc faire l'objet d'une évaluation systématique de la consommation de substances psychoactives afin de sensibiliser les consommateurs aux risques encourus mais également aux différents types de prise en charge disponibles.

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS :

- Consumption of psychoactive drugs among people in police custody

Auteurs : Marie GERARDIN, Caroline VIGNEAU, Laura WAINSTEIN, Gabriel GUIGAND, Renaud CLEMENT, Pascale JOLLIET.

VIIIème congrès de Physiologie, de Pharmacologie et de Thérapeutique (22-24 Avril 2013).

Communication affichée

- Medical, social, and law characteristics of intoxicant's users medically examined in police custody

Auteurs : Renaud CLEMENT, Marie GERARDIN, Caroline VIGNEAU, Gabriel GUIGAND, Laura WAINSTEIN, Pascale JOLLIET.

Journal of Forensic and Legal Medicine, Volume 20, Issue 8, Novembre 2013, pp 1083-1086.

- Police custody and measures of drug addiction

Auteurs : Marie GERARDIN, Renaud CLEMENT, Caroline VICTORRI-VIGNEAU, Gabriel GUIGAND, Laura WAINSTEIN, Olivier RODAT, Pascale JOLLIET.

Drug and Alcohol Review, En cours de corrections.

Conclusion

Cette étude met en évidence la singularité de la population des gardés à vue caractérisée notamment par un niveau de consommation de substances psychoactives étonnamment élevé et un risque important de dépendance aux différents produits licites et illicites. Aussi, elle souligne l'importance d'une identification et d'une évaluation systématique des consommations au cours des examens médicaux en garde à vue. Cette évaluation participe à déterminer si l'état de santé de l'individu est compatible avec le maintien de la mesure.

Par ailleurs, ce travail nous a permis d'améliorer la connaissance en matière de pharmacodépendance. D'une part il se focalise sur une nouvelle catégorie d'individus à risque ayant des profils de consommation différents de ceux observés dans la population générale, d'autre part, il représente un nouvel axe d'investigation puisqu'il aborde une population située en dehors d'un parcours de soin classique et vient ainsi compléter les nombreuses approches développées par les CEIP-A. Les résultats précédemment exposés présentent des similitudes avec ceux retrouvés dans la dernière enquête OPPIDUM et sont comparables aux données disponibles en milieu carcéral.

De nombreux travaux établissent la réciprocity du lien entre la consommation de substances psychoactives et la délinquance. Il semblerait que l'utilisation de substances psychoactives retarde la sortie de la délinquance mais également que la délinquance renforce les consommations problématiques. Nous n'avons pas été en mesure d'établir de corrélations entre les consommations, les niveaux de dépendance et les délits susceptibles d'avoir été commis. C'est pourquoi le CEIP-A et le service de médecine légale du CHU de Nantes poursuivent l'observation de cette population et le recueil d'informations de manière à préciser ces liens.

Références bibliographiques :

American Psychiatric Association – DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al, Masson, Paris, 2003, 1120 p.

American Psychiatric Association – DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition, 2013, 1120 p.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant, Texte court, Mars 1999

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés, place des traitements de substitution, Juin 2004

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus : Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés, Avril 1998

Angel P, Richard D, Valleur M. L'héroïne. Abrégé MASSON, 2002.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Résultats de l'enquête OPPIDUM n°23. ANSM, CEIP-A, OPPIDUM, Octobre 2011.

Anthony JC, Helzer JE. Syndrom of drug abuse and dependence. dans : Psychiatric disorders in America, 1991, pp.116-154

Arrêté du 22 février 1990 relatif à la liste des substances classées comme stupéfiants, Journal Officiel de la République Française

Article 62-2, Code de Procédure Pénale

Article 63, Code de Procédure Pénale

Article 63-1, Code de Procédure Pénale

Article 77, Code de Procédure Pénale

Article 154, Code de Procédure Pénale

Article 78-3, Code de Procédure Pénale

Article 706-47-2, Code de Procédure Pénale

Article 706-88, Code de Procédure Pénale

Article 706-88-1, Code de Procédure Pénale

Article R92, Code de Procédure Pénale

Article R117, Code de Procédure Pénale

Article L3341-1, Code de la Santé Publique

Article R5132-99, Code de la Santé Publique

Article R5132-112, Code de la Santé Publique

Article L551-1, Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Article 2, Loi n°2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, Journal Officiel de la République Française

Article 3, Loi n°2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, Journal Officiel de la République Française

Article 4, Loi n°2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, Journal Officiel de la République Française

Article 5, Loi n°2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, Journal Officiel de la République Française

Article 6, Loi n°2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, Journal Officiel de la République Française

Arseneault L. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. British Medical Journal, vol.325, n°7374, 2002, p.1212-1213

Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. Frontiers in Neuroendocrinology, 2008, Vol.29, pp. 36-47

Bello PY. À propos du cannabis en France en 2004 : consommateurs réguliers, usages problématiques et caractéristiques du produit. OFDT, 2005, 47 p.

Benyamina A, Coscas S, Blecha L. Cocaïne et co-morbidités psychiatriques. Addiction à la cocaïne, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, pp. 55-63

Brown J, Kranzler HR, Del Boca FK. Self-reports of alcohol and drug misuse by detainees: factors affecting reliability and validity. British Journal of Addiction 1992, Vol.87, pp. 1013-1024

Cadet Taïrou A, Dambélé S. Héroïnes et autres opiacés dans Drogues et addictions, données essentielles, OFDT, 2013, 9 p.

Canarelli T, Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés ; Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007. OFDT, 2010, 128 p.

Carcone B, Pernes JM. Complications cardiovasculaires de la cocaïne. *La Revue du Praticien*, 1995, Vol.9, n°303, pp. 31-37

Castle D, Murray R. Marijuana and madness. *Psychiatry and neurobiology*. Cambridge University Press, 2004, 218 p.

Ceelen M, Dorn T, Buster M. Health-care issues and health-care use among detainees in police custody. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2012: 324-331

Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, De Leon J. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 2005, Vol.30, pp. 1474-1477.

Chariot P. Intervention du médecin en garde à vue. *La Revue du Praticien*, 2012, Vol. 62, pp. 811-813

Chariot P. Conférence de consensus : Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, texte des recommandations (version longue), Décembre 2004

Chen K, Kandel D. Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 2002, Vol.68(1), pp. 65-85

Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats*, n°181, Juillet 2002

Costes JM. Cannabis, données essentielles. OFDT, 2007. 229 p.

Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SRB. Gender effects on drug use, abuse, and dependence : a special analysis of results from the national survey on drug use and health. *Gender Medicine*, 2010, Vol.7(5), pp. 402-412

CNS : Conseil National du Sida. Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation, le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention. Novembre 1998

Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. *La Presse Médicale*, 2012 Vol.41, pp. 1233-1240

Encyclopédie Larousse en ligne, Définition de la garde à vue
Site : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/garde_à_vue/54517

Ewing JA. Detecting alcoholism The CAGE questionnaire. *The Journal of the American Medical Association*, 1984, Vol.252(14), pp. 1905-1907.

Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive behaviors, 1978, Vol.3, pp. 235-241

Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat Journal, 1990, Vol.69(11), pp. 763-765.

Feeney CM, Briggs S. Crack hands: a dermatologic effect of smoking crack cocaine. Cutis, 1992, Vol.50, n°3, pp. 193-194

Friedman AS. Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior : a review of the relevant literature. Aggression and Violent Behavior, 1998, Vol. 3(4), pp. 339-355

Goldstein PJ. The drugs/violence nexus : A tripartite conceptual framework. Journal of Drug Issues, 1985, Vol.39, pp. 143-174

Gorelick DA, Levin KH, Copersino ML, Heishman SJ, Liu F, Boggs DL, Kelly DL. Diagnostic criteria for cannabis withdrawal syndrome. Drug and Alcohol Dependence, 2012, Vol.123, pp. 141-147.

Gregory M. Characteristics of drug misusers in custody and their perceptions of medical care. Journal of Clinical Forensic Medicine, 2007, Vol.14 (4), pp. 209-212

HAS : Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne. Février 2010, 274 p.

Hartwell KJ, Back SE, McRae-Clark AL, Shaftman SR, Brady KT. Motives for using: A comparison of prescription opioid, marijuana and cocaine dependent individuals. Addictive Behaviors, 2012, Vol.37, pp. 373-378.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking : Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarette per day. British Journal of Addiction, 1989, Vol. 84, pp. 791-800

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom, KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence : A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 1991, Vol.86, pp. 1119-1127.

Herkenham M, Lynn AB, Little MD, Johnson MR, Melvin LS. Cannabinoid receptor localization in brain. Proceeding of the National Academy of Sciences, 1990, Vol. 87, pp. 1932-1936

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report : Substance Use Among Students in 36 European Countries – Summary. 2011

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Drogues et Dépendances, le livre d'information. Mars 2007

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2012. 2012.

Site : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale. Médicaments psychotropes, Consommations et pharmacodépendances, Synthèse et recommandations. 2012, 118p.

Kandel D, Chen K, Warner LA, Kessler RC, Grant B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the US population. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, Vol.44, pp. 11-29

Katzung. *Pharmacologie fondamentale et clinique* 9^{ème} édition. Piccin, 2006.

Lejoyeux M, Mourad I, Ades J. Psychiatric disorders induced by drugs abuse or dependence. *L'Encéphale* 2000, Vol. 26, no2, pp. 21-27

Lacoste J, Delavenne-Garcia H, Charles-Nicolas A, Duarte Garcia F, Jehel L. Addiction à la cocaïne et aux psychostimulants. *Presse Medicale*, 2012, Vol.41, pp. 1209-1220

Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000. *L'Encéphale*, Volume 31, 2, Avril 2005, p.182-194

Lepresle A, Mahindhoratep TS, Chiadmi F, Schlatter J, Boraud C, Chariot P. Police custody following drink-driving : a prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012, Vol.126(1-2), pp. 51-54.

Lewis CF. Substance use and violent behavior in women with antisocial personality disorder. *Behavioral Sciences & the Law*, 2011, Vol.29(5), pp. 667-676.

Lowenstein W. Complications somatiques de la consommation de cocaïne. *Addiction à la cocaïne*, Flammarion Médecine- Sciences, 2009, pp. 64-69.

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire, validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 1974, Vol.131(10), pp. 1121-1123

Mégarbane B, Donetti L, Blanc T, Chéron G, Jacobs F. Intoxications graves par médicaments et substances illicites en réanimation. *Réanimation*, 2006, Vol.15, pp. 332-342

Ministère de la Justice. *La détention provisoire*, Décembre 2011

Site : <http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/contraintes-penales-11943/privation-de-liberte-situations-concernees-12454/detention-provisoire-24737.html>

Ministère de la Justice. *L'emprisonnement*, Décembre 2008

Site : <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/les-peines-11336/lemprisonnement-16410.html>

Ministère de la Santé. Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue, Juillet 2009

Site : <http://www.sante.gouv.fr/medecine-legale-le-guide-de-bonnes-pratiques-relatif-a-l-intervention-du-medecin-en-garde-a-vue.html>

OFDT. Cocaïne, données essentielles sous la direction de Pousset M. OFDT, 2012, 232p

OFDT. Drogues et addictions, données essentielles, sous la direction de Pousset M. OFDT, 2013, 401p.

OICS : Organe International de Contrôle des Stupéfiants. Rapport 2011

Olié JP, Elomari F, Spadone C, Lépine JP. Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française. L'Encéphale, 2002, Vol.28, pp.411-417.

Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, Article 4

Orithye, Base de connaissance sur les pharmacodépendances.

Site : <http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble../ORITHYE/>

ORS Pays de la Loire (février 2010). Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives. Baromètre Santé jeunes Pays de la Loire. 2012, 20p.

Patton G. Cannabis use and mental health in young people : cohort study. British Medical Journal, vol.325, 2002, p.1195-1198

Pauly V, Frauger E, Pradel V, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M, Natali F, Micallef J, Thirion X. Une approche utilisant quatre outils développés par le réseau des CEIP-Addictovigilance pour surveiller le détournement des médicaments psychotropes: application aux benzodiazépines. Ateliers de la pharmacodépendance, 2010

Payne-James JJ, Green PG, Green N, McLachlan GMC, Munro MHWM, Moore TCB. Healthcare issues of detainees in police custody in London, UK. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2010, Vol.17, pp. 11-17

Pellet JD, Stein P. Tout savoir sur la cocaïne. Favre 2006.

Pousset M. Rapport national 2012 à l'OEDT par le point focal français du réseau Reitox. France, nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques. OFDT, 2012, 273p.

Projet de loi relatif à la garde à vue, Octobre 2010

Reynaud M. Traité d'addictologie. 2006

Reynaud-Maurupt C, Reynaud J. Consommation de rohypnol hors protocole médical depuis février 2001 ; Zoom sur les conséquences de l'arrêté relatif à la restriction de mise sur le marché du flunitrazepam sur la vie quotidienne des consommateurs. OFDT, Novembre 2003

Risdahl JM, Khanna KV, Peterson PK, Molitor TW. Opiates and infection. *Journal of Neuroimmunology*, 1998, pp 4-18

Rombi J. *Enquête sur la prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes en région Champagne-Ardenne. Thèse de doctorat en Médecine, 2009.*

Rossard P, Riuné-Lacabe S, Cousin P, Denis C, Auriacombe M. Consommation de substances et comportements à risque au cours de l'incarcération. *Le Courrier des addictions*, 2012, Vol.14, n°2, pp. 28-30

Roth ME, Cosgrove KP, Carroll ME. Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2004, Vol.28 pp. 533-546

Roura C, Chabrol H. Symptômes de tolérance, de sevrage et de dépendance au cannabis chez l'adolescent consommateur. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, Vol.52, pp. 11-16.

Rueff B. Dépistage des malades alcooliques par l'auto-questionnaire DETA. *Presse Médicale*, 1989, Vol.18(33), pp. 1654-1656.

Sec I, Questel F, Rey C, Pourriat JL. Mésusage de médicaments psychotropes au sein d'une population de gardés à vue à Paris. *Thérapie* 64 (2), 2009, pp.129-134

SFUM : Société Francophone d'Urgences Médicales. Ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgences, Avril 1992.

Stark MM, Gregory M. The clinical management of substance misusers in police custody : a survey of current practice. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2005, Vol.12, pp. 199-204
Stark MM, Norfolk G, Rogers DJ, Payne-James JJ. The validity of self-reported substance misuse among detainees in police custody. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2002, Vol.9, pp. 25-26

Swift W, Hall W, Teesson M. Cannabis use and dependence among Australian adults : results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 2001, Vol.96, pp. 737-748

Torchalla I, Strehlau V, Li K, Krausz M. Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, Vol.118, pp.173-179

Vidal. *Dictionnaire 2012. Edition Vidal.*

Wagner FA, Anthony JC. From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 2002, Vol.26(4), pp. 479-488.

Yeni P. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandation du groupe d'expert, 2010*

Annexes :

- Annexe 1 : Prise en charge des personnes en garde à vue consommatrices d'alcool ou d'opiacés



**Prise en charge des personnes en garde à vue
consommatrices d'alcool ou d'opiacés**

Version du 07/07/2011

Les états d'intoxication et de sevrage sont susceptibles d'inclure des symptômes physiques qui sont souvent le premier indice d'un état lié à l'utilisation d'une substance.

Il est ainsi important de connaître et de différencier l'intoxication aiguë et le sevrage car leurs complications et leur prise en charge diffèrent.

1. Troubles liés à l'utilisation d'alcool

a. L'intoxication alcoolique aiguë (ou ivresse éthylique aiguë)

Les signes d'intoxication alcoolique

L'intoxication alcoolique se caractérise par des modifications comportementales et/ou psychologiques inadaptées, qui se développent pendant ou peu de temps après l'ingestion d'alcool.

Par exemple : comportement agressif, humeur fluctuante, altération du jugement ou du fonctionnement social habituel, etc.

Ces changements s'accompagnent d'au moins un des signes suivants:

- discours bredouillant
- incoordination motrice
- démarche ébrieuse
- nystagmus
- altération de l'attention ou de la mémoire
- voire état de stupeur ou coma

Les signes d'intoxication alcoolique aiguë ne sont pas spécifiques et leur intensité dépend du niveau d'imprégnation alcoolique de la personne et de sa tolérance à l'alcool.

Ce qu'il faut savoir

- ✍ L'intoxication alcoolique est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe quelle catégorie d'usage, qu'il soit récréatif ou dans le cadre d'une dépendance à l'alcool.
- ✍ L'intoxication alcoolique aiguë peut être associée à un abus ou une dépendance à l'alcool.
- ✍ Une intoxication alcoolique aiguë peut être suivie de l'apparition de signes de sevrage chez un sujet alcoolo-dépendant
- ✍ Connaître les complications de l'intoxication alcoolique aiguë :
 - Hypoglycémie, déshydratation, hypothermie
 - Inhalation de vomis
 - Troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma et entraîner le décès

- **Traumatisme crânien ou tout autre traumatisme/plaie (favorisé par la déshinhibition comportementale, les troubles de la coordination et de l'équilibre)**

Quelle est la conduite à tenir en garde à vue?

L'intoxication alcoolique aiguë est susceptible dans les cas sévères et/ou avec complications de requérir une intervention spécifique pouvant nécessiter une médicalisation, au besoin urgente, adaptée à la gravité de son expression et de ses conséquences.

En présence de signes de gravité, l'évaluation médicale certifie l'incompatibilité de l'état de santé avec la garde à vue et un transfert vers le service d'accueil est organisé pour une prise en charge adaptée.

b. Le sevrage alcoolique

Quels sont les risques du sevrage alcoolique?

Le syndrome de sevrage alcoolique a une évolution imprévisible et peut être extrêmement sévère voire mortel. C'est pourquoi les signes de sevrage doivent être repérés précocement.

Les accidents de sevrage, mettant en jeu le pronostic vital, sont représentés essentiellement par les **crises comitiales et le delirium tremens**.

Ils surviennent le plus souvent lors d'un sevrage imposé.

Ils justifient dans tous les cas, suivant le degré de gravité, une hospitalisation en unité de soins intensifs ou en unité médicale conventionnelle.

Quand les premiers signes de sevrage alcoolique apparaissent-ils?

Les symptômes de sevrage débutent typiquement quand les concentrations sanguines d'alcool diminuent de manière brutale, c'est à dire **dans les 4 à 12 heures qui suivent l'arrêt de la consommation d'alcool**.

Cependant des symptômes de sevrage peuvent se développer après des durées plus longues.

Les symptômes de sevrage de l'alcool sont à leur acmé au cours du second jour d'abstinence à cause de la courte demi-vie de l'alcool. Le syndrome de sevrage alcoolique est résolutif spontanément ou sous traitement en 2 à 5 jours. Mais la mortalité n'est pas nulle (cf risques du sevrage ci-dessus)!

Quels sont les signes de sevrage alcoolique?

Le syndrome de sevrage alcoolique associe de façon variable plusieurs types de manifestations :

- des troubles subjectifs :
 - o **anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars**
- des troubles neurovégétatifs :
 - o **sueurs, tremblements (des mains, membres supérieurs ou généralisés), tachycardie, hypertension artérielle**
- des troubles digestifs :
 - o **anorexie, nausées, vomissements**

Ce tableau peut s'aggraver ou se compliquer dans les heures qui suivent :

- **de signes confusionnels : désorientation temporelle et/ou spatiale, troubles de la concentration, de la mémoire, du jugement**
- **d'hallucinations (surtout visuelles notamment zoopsies)**
- **de delirium**
- **de crises convulsives**
- **d'hyperthermie**

Comment évaluer rapidement le syndrome de sevrage alcoolique?

Les signes cliniques demeurent le critère essentiel de l'évaluation.

L'index de CUSHMAN, présenté dans l'encadré ci-dessous, peut être utilisé afin d'évaluer la sévérité du syndrome de sevrage alcoolique.

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Géné par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

** Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

Score et intensité

0-7 : minime

8-14 : moyenne

15-21 : sévère

Source : Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.

Quelle est la conduite à tenir en garde à vue?

Un repérage des signes de sevrage et, le cas échéant, une évaluation de la gravité du syndrome de sevrage doivent être réalisés lors de la première évaluation médicale d'une personne consommatrice d'alcool en garde à vue, notamment dans les suites d'une intoxication alcoolique aiguë.

Toute personne en garde à vue présentant des signes de sevrage alcoolique devra être transférée en milieu hospitalier pour une prise en charge symptomatique adaptée.

Une hydratation abondante per os devra être proposée tout au long de la garde à vue.

c. Conduite à tenir devant une personne en garde à vue consommatrice d'alcool

Un schéma général de prise en charge des personnes gardées à vue consommatrices d'alcool est proposée sur la figure ci-dessous :

Signes d'appel de consommation d'alcool

- Déclarations de la personne
- Intoxication alcoolique aiguë récente
- Motif de garde à vue : CEEA ou CEI

Proposer une
hydratation per os

Recherche de signes de sevrage alcoolique

- Anxiété, agitation psychomotrice, irritabilité
- Sueurs
- Tremblements (mains++)
- Tachycardie, hypertension artérielle
- Anorexie, nausées, vomissements
- Signes confusionnels, hallucinations, delirium
- Crises convulsives
- Hyperthermie
- Insomnie, cauchemars

OUI

NON

**Orientation vers le
service d'accueil
des urgences**

**Hydratation
Réévaluation
médicale**

Conduite à tenir devant une personne en garde à vue ayant consommé de l'alcool

2. Troubles liés à l'utilisation d'opiacés

Les opiacés comprennent :

- les opiacés naturels
 - o *ex : morphine*
- les opiacés semi-synthétiques
 - o *ex : héroïne*
- des produits synthétiques ayant une action morphinique
 - o *ex : codéine, méthadone, fentanyl, etc.*

Deux traitements de substitution aux opiacés existent en France : la méthadone (sirop et gélule) et la buprénorphine (SUBUTEX® et génériques).

Les médicaments opiacés (classés comme stupéfiants) peuvent s'inscrire dans le cadre d'une prescription médicale encadrée mais peuvent également être obtenus de manière illicite au marché noir dans la rue.

a. L'intoxication aiguë aux opiacés

Quels sont les signes d'une intoxication aux opiacés?

L'intoxication par les opiacés se caractérise par des changements comportementaux et/ou psychologiques inadaptés, qui se développent pendant ou peu de temps après l'utilisation d'opiacés.

Par exemple : euphorie initiale suivie d'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement psychomoteur, altération du jugement ou du fonctionnement social habituel, etc.

Ces changements s'accompagnent :

- **Constriction pupillaire** (*myosis serré en « tête d'épingle »*)
- Discours bredouillant
- **Somnolence** voire coma
- Altération de l'attention ou de la mémoire
- Bradypnée

L'importance des modifications dépend de la dose et des caractéristiques du sujet. Les symptômes persistent en général **pendant plusieurs heures**, durée en relation avec la demi-vie de la plupart des opiacés.

Le risque de l'intoxication aiguë aux opiacés : l'overdose

Une intoxication sévère par surdose d'opiacés peut conduire à :

- **un coma**
- **une dépression respiratoire**
- **une dilatation pupillaire**
- **une perte de conscience**
- **voire à la mort !**

Généralement provoquée par une consommation importante de produits, ces manifestations peuvent survenir avec des doses relativement faibles, notamment lors d'une reprise de consommation après une période d'abstinence.

Ces risques sont majorés en cas de prise concomitante d'autres substances psychoactives, en particulier l'alcool et les benzodiazépines.

NB : L'overdose à la *méthadone* se caractérise par des symptômes identiques mais, du fait de la cinétique du produit, par un temps de latence de plusieurs heures entre l'ingestion du produit et l'apparition des premiers symptômes. La demi-vie longue de la méthadone (24 à 36h) nécessitera une prescription et un suivi de plus longue durée que dans le cas de surdose par héroïne.

b. Le sevrage aux opiacés

Quels sont les signes de sevrage aux opiacés?

Les premiers signes sont subjectifs et consistent en des **plaintes d'anxiété** (*le sujet pianote, tape du pied, se plaint de difficultés à respirer ou de palpitations, etc.*), **de fièvre, de « sensations douloureuses » souvent localisés au dos et aux jambes, accompagnées d'un désir d'obtenir des opiacés.**

Au moins 3 des manifestations suivantes doivent être présentes pour confirmer le diagnostic de sevrage aux opiacés :

- **humeur dysphorique**
- **nausées ou vomissements (crampes abdominales)**
- **douleurs musculaires**
- **larmolement ou rhinorrhée**
- **dilatation pupillaire, piloérection ou transpiration**
- **diarrhée**
- **bâillement**
- **fièvre (frissons, tremblements)**
- **insomnie**

La piloérection et la fièvre sont associées à un sevrage sévère.

Quand les premiers signes de sevrage aux opiacés apparaissent-ils?

Pour les personnes dépendantes à des produits d'action courte comme l'héroïne, les symptômes de sevrage surviennent **6 à 12 heures après la dernière prise**.

Les symptômes **peuvent n'apparaître qu'après 2 à 4 jours** (soit à la fin du délai légal d'une mesure de garde à vue pour trafic de stupéfiants) dans le cas de produits à demi-vie plus longue comme la méthadone ou la buprénorphine.

Pour un opiacé à courte durée d'action, les symptômes aigus passent par un pic après 1 à 3 jours, puis disparaissent progressivement en 5 à 7 jours.

Certains symptômes peuvent persister quelques semaines ou quelques mois (anxiété, dysphorie, insomnie) et être dépistés lors d'une nouvelle évaluation d'une nouvelle mesure de garde à vue décidée à l'encontre de la personne.

Comment évaluer rapidement le syndrome de sevrage aux opiacés?

Les signes cliniques demeurent le critère essentiel de l'évaluation.

Le score de HANDELSMAN peut être utilisé afin d'évaluer la sévérité du syndrome de sevrage aux opiacés.

La cotation se fait en observant la personne sans lui poser de questions, à la recherche d'un ou plusieurs signes parmi les treize ci-dessous. Le score se situe entre 1 et 13, chaque signe présent étant égal à 1.

1. Bâillement (1 ou plus pendant la période d'observation)
2. Rhinorrhée (3 reniflements ou plus pendant la période d'observation)
3. Pilo-érection (observée sur le bras du patient)
4. Transpiration
5. Larmolement
6. Mydriase
7. Tremblements (mains)
8. Frissons (le sujet grelotte et se recroqueville)
9. Agitation (changements fréquents de position)
10. Vomissements
11. Fasciculations musculaires
12. Crampes abdominales (le sujet se tient le ventre)
13. Anxiété (le sujet pianote, tape du pied, se plaint de difficultés à respirer ou de palpitations)

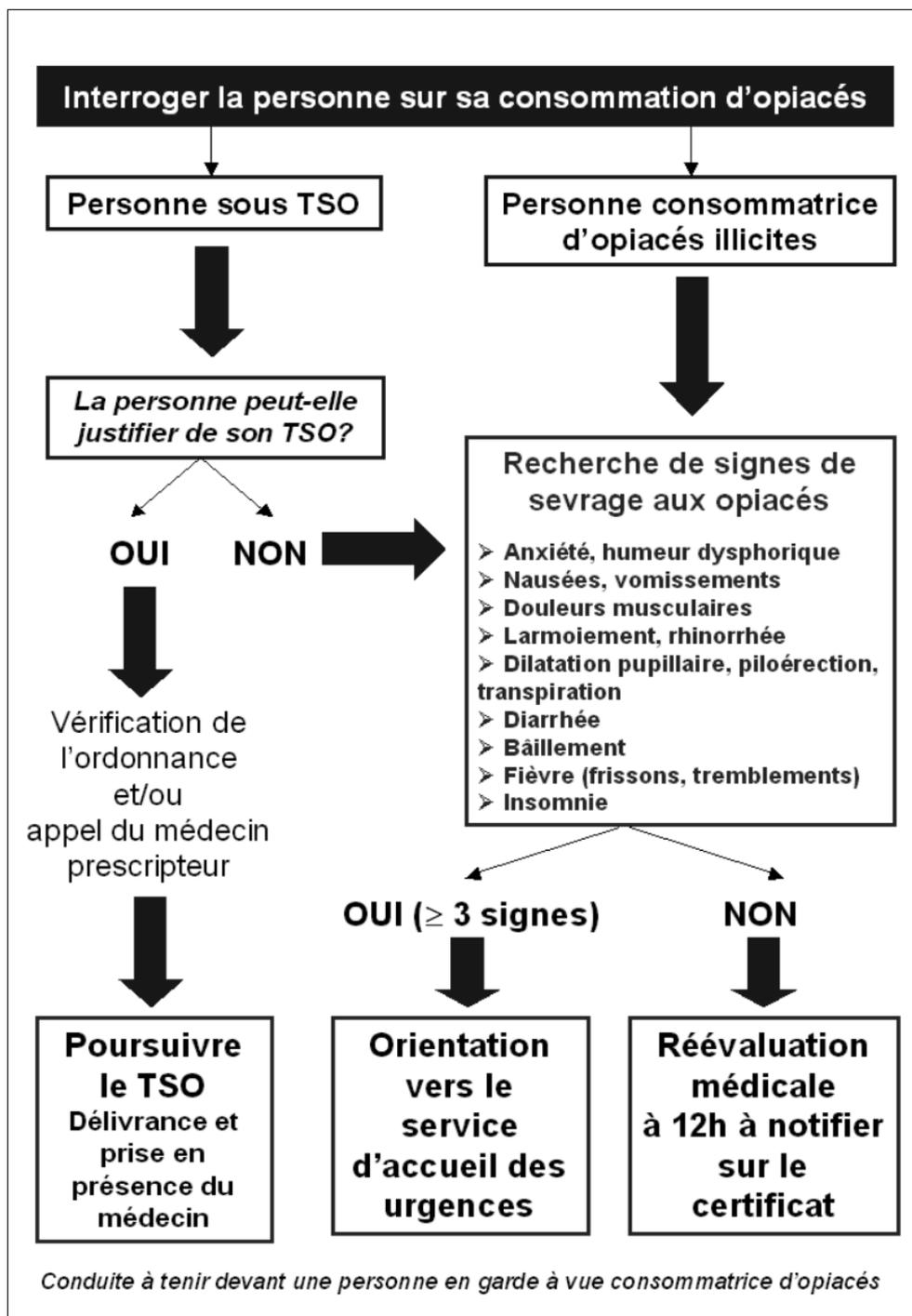
c. Conduite à tenir devant une personne en garde à vue consommatrice d'opiacés

Un schéma général de prise en charge des personnes gardées à vue consommatrices d'opiacés est proposée sur la figure présentée à la page suivante.

Points importants

Un repérage des signes de sevrage et, le cas échéant, une évaluation de la gravité du syndrome de sevrage doivent être réalisés pour une personne consommatrice d'opiacés en garde à vue.

Toute personne en garde à vue présentant des signes de sevrage aux opiacés (score de Handelsman \geq 3), quel que soit le produit consommé déclaré, devra être transférée en urgence en milieu hospitalier pour une prise en charge adaptée.



d. Autres points importants à savoir

- ✎ Un traitement par méthadone ne doit pas être initié en urgence, sans confirmation de la dépendance aux opiacés. **La dose létale est de 1mg/kg.**
- ✎ **Donner de la buprénorphine (propriétés agonistes-antagonistes) à un héroïnomane ou un morphinomane qui n'est pas en manque revient à précipiter le sevrage.**
- ✎ Pour l'héroïne et la morphine, le délai d'apparition des symptômes aigus de sevrage est plus court que pour les traitements de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine).
- ✎ Un traitement de substitution aux opiacés n'est pas un traitement de sevrage.
- ✎ L'urgence n'est pas d'instaurer un traitement de substitution aux opiacés mais d'apporter un traitement symptomatique aux signes physiques de sevrage présentés par la personne gardée à vue.

Références bibliographiques

American Psychiatric Association – DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al, Masson, Paris, 2003, 1120 p.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et Société française d'Alcoologie (SFA). Objectifs, indications et modalités de sevrage du patient alcoolo-dépendant, mars 1999. <http://www.has-sante.fr> consulté le 27 avril 2011.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Service des recommandations et références professionnelles. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations pour la pratique clinique, septembre 2001. <http://www.has-sante.fr> consulté le 27 avril 2011.

Société française d'Alcoologie (SFA) Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.):1S-76S.

Société française d'Alcoologie (SFA). Evaluation des pratiques professionnelles en alcoologie. Sevrage simple en alcool. Référentiel de bonnes pratiques cliniques. <http://www.sfalcoologie.asso.fr> consulté le 27 avril 2011.

- Annexe 2 : Fiche médicale confidentielle à l'usage des médecins réquisitionnés pour l'examen médical des personnes placées en garde à vue.



Examen médical d'une personne placée en garde à vue **MAJEUR**
 - Fiche médicale confidentielle à l'usage exclusif du médecin requis – **Cocher la mention utile**

Consentement à l'utilisation des données recueillies OUI/ NON

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F / M Né(e) le ____/____/____
 Heure de l'examen :H..... Heure de début de la GAV :H..... jour.....(prolongation ? N/O)
 GAV Nb antérieur : (fourchette possible).....

Valet social

Vit : seul accompagné(e) préciser :
 Enfant(s) à charge : non oui si oui Nombre : et âge du dernier :
 Emploi : oui non et lequel.....
 Ressources : Aucune aide sociale Précarité compensation sociale (API , RSA , AAH , ASSEDIC) Revenus du travail
 Logement stable : oui non Lieu de vie :

Antécédents médico-chirurgicaux déclarés

Asthme Diabète Epilepsie Cardiopathie HTA Pathologies mentales : laquelle.....
 Antécédents suicidaires oui non
 Maladies infectieuses : oui non si oui laquelle
 Traitement en cours : oui non si oui lequel(s).....

Conduites addictives

Consommation actuelle de tabac : oui non
 Consommation d'alcool : oui non Si actuel, taux mesuré OH air expiré.....
 Consommations de substances psychoactives illicites et/ou médicamenteuses : oui non
 Si oui Lesquelles (et tableau à compléter).....

Interpellation, Conditions de la garde à vue :

Allusion(s) à l'attitude des forces de Police : oui non si oui : positive(s) ou négative(s)
 Quels mots ? (à retranscrire).....
 Violences alléguées survenues : Non Oui si oui : Avant l'interpellation pendant l'interpellation pendant GAV
 Et si ouiPhysiques Psychologiques
 Avez-vous mal ? (physique et/ou psychologique) :
 Nature des violences alléguées :

schéma au verso : Lésions visibles récentes ; avec **D** (dermabrasion), **Er** (érythème) **E** (ecchymose) **H** (hématome)

3- Examen clinique Poids :kg Taille :m..... TA : / Pouls :

Examen :

4- Examens complémentaires éventuels – résultats

Prélèvement sanguin* / urinaire* :

Autres (radio, etc).....

5- Nécessités thérapeutiques

_ Traitement délivré directement à la personne (*nature et heure*) :.....

_ Remise d'une ordonnance à l'agent ou l'officier de police judiciaire (*nature des traitements et heure de délivrance*) :

_ Surveillance nécessaire pendant la garde à vue :.....

_ Demande d'un avis spécialisé :

_ Demande d'une hospitalisation (pourquoi ?) :

6- Commentaires (notamment si incompatibilité, raisons)

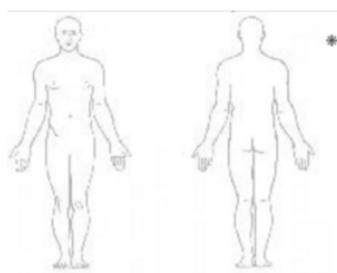
.....

Evaluation de son état de santé / entourez la réponse de votre choix, une par ligne EVALUABLE ? : Oui Non

Si non pourquoi.....

	Totalement vraie	Plutôt vraie	ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade pourquoi.....	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé pourquoi.....	1	2	3	4	5

Schéma des blessures (nature et emplacement) SI présentes I.T.T.= (même si non demandée)



Attitude que dégage la personne (cocher la ou les case(s))

Serein	Calme	Anxieux	Agité	Agressif	Autre (description)
<input type="checkbox"/>					

Montant des ressources du mois dernier < 500€ , 500-800€ , 800-1200€ , 1200-1500 € , 1500-2500€ , > 2500 €

!

Conduites addictives!

• Pour le tabac:!

Si oui:!!

Le matin, combien de temps après vous être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette?!!!

!! Dans les 5 minutes!! 6 à 30 minutes!! 31 à 60 minutes!!! Plus de 60 minutes!!

!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

!

Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne?!

! 10 ou moins! 11 à 20!! 21 à 30!! 31 ou plus!

• Pour l'alcool (prise actuelle et/ou déclarée)

Si oui:!!

! Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons! OH?!!

! Oui!!! Non!

! Votre entourage vous a; t; il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool!!

! Oui!! Non!

! Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?!

!

! Oui!!! Non!

!

! Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme?!!

!

! Oui!!! Non!

Consommations de substances psychoactives illicites et/ou médicamenteuses

Parmi ces substances, quelles sont la ou les plus importantes dans la vie de la personne ?

1/

2/

3/

Pour cette ou ces principales substances, remplir le tableau ci-dessous :

	Substance 1 :	Substance 2 :	Substance 3 :

Tolérance (diminution de l'effet en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance ou augmentation des doses pour obtenir le même effet qu'au début)			
Symptômes de sevrage à l'arrêt ou prise d'une même substance (ou d'une substance très proche) pour les éviter			
Prise de la substance en quantité plus importante ou sur une période plus longue que prévu			
Désir persistant ou efforts infructueux d'arrêt de la substance			
Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou récupérer les effets			
Des activités sociales ou professionnelles ont été arrêtées ou diminuées à cause de l'utilisation de la substance			
L'utilisation de la substance est poursuivie malgré des problèmes de santé physique et/ou psychologique provoqués ou exacerbés par la substance			
Mode(s) d'obtention principaux de la substance (prescription, fausse ordonnance, deal, donnée, volée...)			
Voie(s) d'administration de la substance (voie orale, IV, sniffée, fumée)			
Effet(s) recherché(s) par l'utilisation de la substance (Pour les médicaments, préciser si l'effet recherché est différent de celui de l'AMM)			
Prix de la substance (pour les substances achetées au marché noir)			

!

Nom - Prénom : GUIGAND Gabriel.

Titre de la thèse : Etude des consommations de substances psychoactives licites et illicites chez des personnes placées en garde à vue.

Résumé de la thèse :

Les substances psychoactives peuvent faire l'objet d'abus voire même induire une dépendance. Toutes les consommations ne sont pas problématiques mais les conséquences dommageables médicales et psycho-sociales induites chez certains sujets imposent l'existence d'un dispositif d'évaluation de ces substances.

A Nantes, la collaboration entre le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance (CEIP-A) et le service de médecine légale du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) a permis la mise en place d'un recueil de données innovant portant sur l'examen médical des individus placés en garde à vue.

Ce travail de thèse s'intéresse aux données relatives aux modalités de consommation de substances psychoactives licites et illicites dans cette population particulière. L'observation des gardés à vue se révèle être une approche complémentaire dans l'évaluation de la pharmacodépendance en France. En effet, elle se focalise sur une catégorie d'individus à risque, située en dehors d'un parcours de soin classique, et dont les caractéristiques sont différentes de celles observées d'une part dans la population générale et d'autre part dans les groupes de sujets évalués au travers des outils développés par les CEIP-A (médecine ambulatoire, CSAPA, CAARUD, milieu carcéral, etc.).

MOTS CLÉS :

PHARMACODÉPENDANCE – SUBSTANCE PSYCHOACTIVE – GARDE À VUE – MÉDECINE LÉGALE – EXAMEN MÉDICAL – CEIP-A

JURY :

- **PRÉSIDENT :** Mr Alain Pineau, PU-PH Pharmacologie-Toxicologie
 - **ASSESEURS :** Mme Caroline Vigneau, MCU-PH Pharmacologie Clinique
Mr Renaud Clément, MCU-PH Médecine Légale
Mme Marie Gérardin, PA Pharmacologie Clinique
Mme Anne-Elisabeth Franchot, Pharmacien d'officine
-

Adresse de l'auteur :

40, rue d'Enghien
75 010 Paris 10^{ème}