

- Mise en place en 2002, l'enquête DRAMES a pour objectifs de **recueillir les cas de décès** liés à l'usage abusif de substances psychoactives, **d'identifier ces substances impliquées** (qu'il s'agisse de médicaments ou de drogues illicites), **d'évaluer leur dangerosité** et **d'estimer l'évolution du nombre de ces décès**.
- Ces décès sont notifiés par des **toxicologues analystes volontaires** et experts judiciaires, des médecins légistes ainsi que par les **CEIP-A**, répartis sur le territoire français au Pôle Stupéfiants, psychotropes et médicaments des addictions aux stupéfiants de l'**ANSM** et au **CEIP-A de Grenoble**, chargé de l'enquête.

Sont inclus :

les décès répondant à la définition de l'OEDT des « décès liés à la drogue » :

- *psychose* due à la drogue (décès pour lesquels la drogue est une cause indirecte mais où la relation avec l'usage de drogue est clairement établie : chutes d'un lieu élevé, noyades, déféstration,...),
- *pharmacodépendance*,
- *abus de drogue chez une personne non dépendante*,
- *empoisonnement accidentel* causé par la prise d'opioïdes dont les médicaments de substitution, de cocaïne, d'amphétamines et dérivés, de cannabis, d'hallucinogènes, de nouvelles drogues de synthèse.

Sont exclus :

- les décès dus à :
 - un *suicide* (annoncé par écrits, pendaison...),
 - un *tiers* (homicide),
 - une *intoxication accidentelle chez l'enfant*,
 - une *intoxication médicamenteuse sans antécédent documenté d'abus* aux médicaments impliqués (ex : décès par antidépresseurs),
 - un *accident de la voie publique (AVP)* de conducteur ou passager.
- les décès insuffisamment documentés (pas de cause de décès),
- les décès sans dosage sanguin (ou sans interprétation toxicologique de matrices alternatives telles que bile, muscle...).

- Le recueil des données est effectué sur un formulaire disponible sur le site de l'ANSM : [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodépendance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/\(offset\)/5#paragraph_54409](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodépendance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/5#paragraph_54409)

Les éléments obtenus (caractéristiques socio-démographiques et antécédents du sujet, circonstances de découverte du corps et constatations sur le lieu du décès, stade de l'abus au moment du décès, résultats de l'autopsie et des analyses anatomopathologiques, identification des substances retrouvées dans les prélèvements biologiques et quantification dans le sang, cause probable du décès) **permettent de classer chaque cas en décès direct** (cause toxique seule ou avec pathologie associée) **ou en décès indirect** (cause indirectement liée aux substances).

- Un **score d'imputabilité de niveau 1 (fort) à niveau 4 (faible)** est attribué à chaque substance vis-à-vis de la survenue du décès se basant sur la concentration sanguine et permettant également de hiérarchiser les molécules entre elles parmi celles **impliquées** et celles seulement **identifiées**.
- Pour le niveau 1**, selon le nombre de molécules impliquées, le score est décliné en **1.0** (1 seule substance), **1.1** (1 substance prédominante), **1.2** (2 substances codominantes) ou **1.3** (au moins 3 substances codominantes).

Résultats 2016

513 notifications ont été envoyées par 48 experts issus de 27 structures couvrant 75 % du territoire français.

449 décès ont été inclus et 64 dossiers ont été exclus.

Age : la moyenne d'âge des sujets reste basse à 37,4 ans, la médiane est à 38 ans avec comme valeurs extrêmes : 16-67 ans. **Sexe** : les décès concernent majoritairement des hommes dans 86 % des cas. **Lieu de décès** : renseigné dans 89,5 % des cas avec 65 % à domicile, 1,3 % dans un domicile temporaire, 10,5 % sur la voie publique, 5,6 % à l'hôpital, 2,2 % en prison, 0,9 % en milieu festif, et 14,5 % dans un « autre lieu » ou inconnu. Les **antécédents médicaux** sont renseignés dans 67 % des cas avec 51 % d'antécédents d'abus ou de pharmacodépendance, 25 % de pathologies associées et 23 % d'éthylisme. Le **stade de l'abus** est renseigné dans 47 % des cas : chez 58 % persiste un abus intermittent ou permanent, 38 % des sujets étaient en cours de traitement de substitution, 8 sujets en cours de sevrage et 6 sont décrits comme naïfs. Une autopsie a été pratiquée pour 85 % des cas inclus.

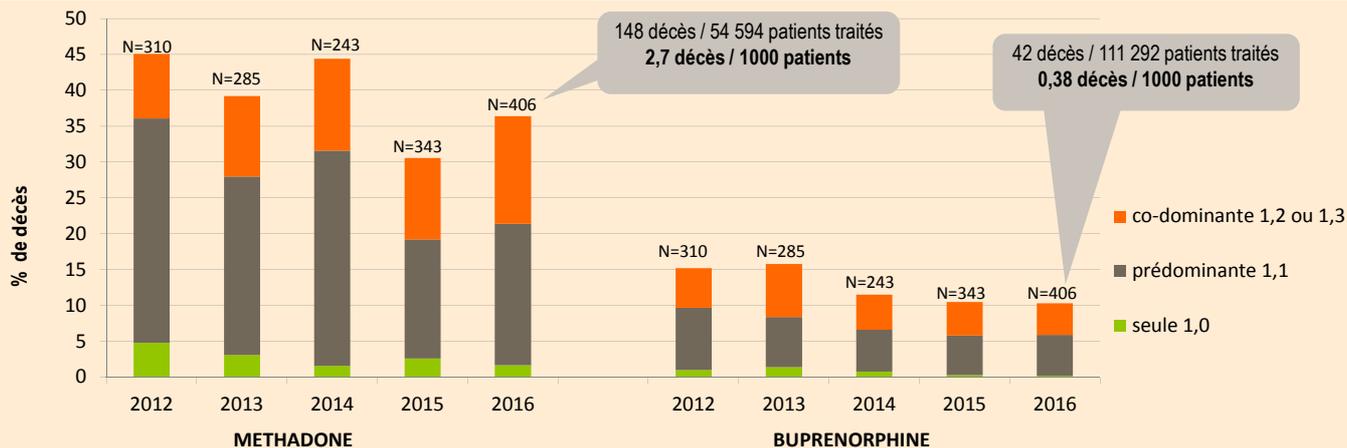
La grande majorité des cas concerne des décès directement liés aux produits avec **406 décès** (343 en 2015), les 43 autres cas étant indirectement liés aux produits (52 en 2015).

Décès Indirects (N = 43)

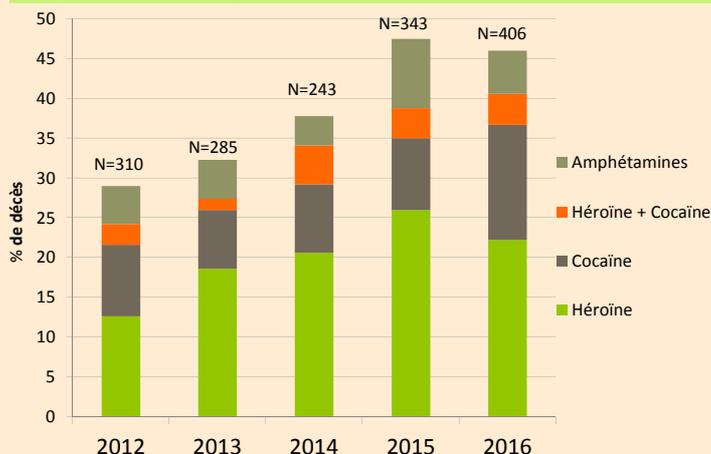
Cause de décès	Substances	Impliquées (n)
<ul style="list-style-type: none"> • 11 immersions • 10 traumatismes • 16 chutes d'un lieu élevé • 4 incendies • 2 asphyxies, étouffements 	Cannabis	31
	Cocaïne	6
	Buprénorphine	5
	Amphétamine	4
	Méthadone	4
	LSD	3
	MDMA	2
	Morphine	2
	Héroïne	1
	Méthoxétamine	1
	Pholcodine	1

Résultats 2016 – Décès directs (N = 406)

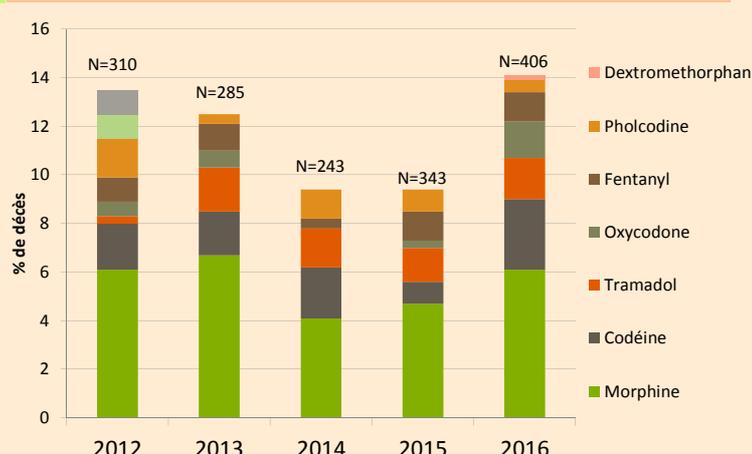
Les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) 2012-2016



Les stupéfiants illicites 2012-2016



Les opioïdes licites hors MSO 2012-2016



Le cannabis en 2016 : 7,4 % des décès

Le cannabis est impliqué dans 30 décès :

- cannabis seul : 16 décès (3,9 %),
- cannabis prédominant : 6 décès (1,5 %),
- cannabis codominant : 8 décès (2 %).

Ne sont retenus que les décès où une pathologie cardiovasculaire est connue ou révélée à l'autopsie. On compte :

- 12 cardiopathies ischémiques (4 IDM, 8 coronaropathies dont 2 associées à une cardiomyopathie dilatée),
- 10 cardiomyopathies (7 dilatées, 1 hypertrophique, 1 dilatée et hypertrophique, 1 sans précision),
- 4 cas avec mention d'une pathologie cardiaque sans précision,
- 2 cas avec mention d'antécédents cardiaques,
- 2 accidents vasculaires cérébraux.

Autres stupéfiants* et substances psychoactives

Ils sont impliqués dans 19 décès, dont 7 avec cathinones :

- seuls : 4 décès
3-MMC* (1), ofcentanyl* (1), GHB* (1), kétamine* (1)
- de façon prédominante : 3 décès
4-MEC* (1), GHB* (1), kétamine* (1)
- de façon codominante : 11 décès
4-MEC*/GHB*
4-MEC*/cocaïne
kétamine*/amphétamine
kétamine*/propofol
méphédron* /3-MMC*/mexédron*
méphédron*/méthadone
butylone*/méthadone
ofcentanyl*/méthadone
3F-phenmetrazine/méthoxyphénidine (MXP)
5-APB/5-APDB
diclazépam/deschloroétizolam
diclazépam/codéine

Conclusion

Pour l'année 2016, les faits marquants sont :

- l'augmentation du nombre de décès liés à la méthadone et la stabilisation de celui des décès liés à la buprénorphine avec une incidence des décès plus de 7 fois plus élevée avec la méthadone qu'avec la buprénorphine,
- l'augmentation des décès par opioïdes licites (hors MSO) surtout liée à la morphine,
- l'augmentation des décès liés à la cocaïne,
- la stabilisation des décès liés à l'héroïne et aux amphétamines,
- l'apparition des premiers décès par kétamine,
- la forte augmentation des décès par NPS en 2015 s'est reproduite en 2016 avec à nouveau 14 décès, dont 5 molécules impliquées pour la première fois en 2016 : mexédron, ofcentanyl, 5-APDB, diclazépam, deschloroétizolam

Remerciements

Experts Toxicologues Analystes, Département NEURHO de l'ANSM, Membres des CEIP-A, Médecins Légistes, Anatomopathologistes