

## COMMISSION NATIONALE DES STUPÉFIANTS ET DES PSYCHOTROPES

*Compte-rendu de la 95<sup>ième</sup> réunion du 06 décembre 2011  
Adopté le 14 février 2012*

|  |          |
|--|----------|
| <b>1. LISTE DES PARTICIPANTS .....</b>   | <b>2</b> |
| <b>2. DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS .....</b>                                      | <b>3</b> |
| <b>3. QUORUM .....</b>   | <b>3</b> |
| <b>4. ADOPTION DES COMPTES-RENDUS DES REUNIONS DU 16 JUIN ET DU 20 OCTOBRE 2011.....</b> | <b>3</b> |
| <b>5. PRESENTATION DES RESULTATS DRAMES 2010.....</b>                                    | <b>4</b> |
| <b>6. RAPPORT SUR LA CONSOMMATION DES BENZODIAZEPINES EN FRANCE .....</b>                | <b>7</b> |

## 1. LISTE DES PARTICIPANTS

### ÉTAIENT PRÉSENTS

#### **MEMBRES DE LA COMMISSION NATIONALE DES STUPÉFIANTS ET DES PSYCHOTROPES**

Mme RICHARD, représentant le Directeur Général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé,

Mme PARENT, représentant le Directeur Général des Douanes et Droits Indirects,

Mme PULCE, représentant le réseau de Toxicovigilance,

M. JULIEN, représentant le Directeur des Sports,

Mme GOZLAN, représentant le Président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie,

M. GÉNY, représentant le Chef de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants,

Mme CANARELLI, représentant le Directeur de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies,

Mme SIBENALER, représentant des organismes représentatifs des fabricants de produits,

- En qualité de personnalités choisies en raison de leur compétence en pharmacologie :  
M. MALLARET (Président),
- M. BORDET (membre titulaire), M. LAGIER (membre titulaire), Mme LAPEYRE-MESTRE (membre titulaire),
- En qualité de médecin impliqué dans la prise en charge des addictions : M. BINDER (membre titulaire), M. MAGNIN (membre titulaire), M. QUESTEL (membre suppléant n'ayant pas voix délibérative),
- En qualité de psychiatre : M. BAILLY (membre titulaire)
- En qualité de toxicologue analyste : M. PEPIN (membre titulaire),
- En qualité de pharmacien hospitalier : M. BEAUVÉRIE (membre titulaire), M. LAVAL (membre suppléant n'ayant pas voix délibérative),
- En qualité de pharmacien d'officine : Mme DUBOIS (membre suppléant ayant voix délibérative),
- En qualité de représentant de l'Académie de Médecine : M. QUÉNEAU (membre titulaire),

### PARTICIPAIENT À LA RÉUNION

Dans le cadre du point 3 :

M. MALLARET (Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance de Grenoble)

Dans le cadre du point 4 :

Mme HARAMBURU (Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance de Bordeaux)

Dans le cadre du point 5 :

M. CAVALIÉ (Afssaps)

M. COLLIN (Afssaps)

### **SECRETARIAT DE LA COMMISSION**

Mme COURNÉ, Mme FABREGUETTES, M. LUCAS, Mme MESSINA.

### ÉTAIENT EXCUSÉS

M. VIAL, représentant le Président de la Commission Nationale de Pharmacovigilance,

Mme AVRIL, M. CHATTON, M. DELILE, M. DESMOUTIS, Mme DORLEAC, Mme DURAND, M. ETCHEVERRY, Mme GUILLEMER, M. HERSZKOWICZ, M. KARILA, Mme JOLLIET, M. LAQUEILLE, M. LAMARCHE, M. POLOMENI, M. RAULT, M. ROBINET, M. SERRIE, Mme THEVENOT, M. THIRION, M. VALETTE-VALLA

### ÉTAIENT ABSENTS

Mme SALOMON, représentant la Directrice générale de l'Offre de Soins,

Mme STOROGENKO, représentant le Directeur général de l'Action Sociale,

## **2. DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Une situation de conflits d'intérêts concernant le point 7 de l'ordre du jour (Rapport sur la consommation des benzodiazépines en France) a été déclarée et évaluée préalablement à la séance pour les membres présents lors de la réunion. Ainsi, M. Queneau, dont un membre de la famille est cadre dans les laboratoires Servier, n'était pas présent lors de ce point.

## **3. QUORUM**

Après vérification du quorum, le Président ouvre la séance.

## **4. ADOPTION DES COMPTES-RENDUS DES REUNIONS DU 16 JUIN ET DU 20 OCTOBRE 2011**

Les comptes-rendus des réunions de la Commission du 16 juin 2011 et du 20 octobre 2011 sont adoptés sans modification à l'unanimité des membres présents.

## 5. PRESENTATION DES RESULTATS DRAMES 2010

L'enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments ET de Substances) a pour objectifs de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, d'identifier celles qui sont 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.

Il s'agit d'un recueil annuel prospectif des cas de décès mis en place en 2002. Ces cas sont notifiés par des toxicologues analystes volontaires répartis sur l'ensemble du territoire français. Ces experts réalisent les analyses toxicologiques dans le cadre d'une recherche des causes de la mort à la demande des autorités judiciaires.

Le CEIP de Grenoble, nouveau responsable de la coordination de l'étude et de l'analyse de ces données, présente les résultats pour l'édition 2010.

Trente et un experts réalisant des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal ont participé à cette nouvelle édition (versus 25 en 2009).

### - Critères d'inclusion :

Sont inclus dans DRAMES les décès répondant à la définition A de l'OEDT (Observatoire européen des drogues et toxicomanies) des décès liés à la drogue (psychose due à la drogue -y compris les décès indirects-, dépendance, abus, empoisonnement accidentel). Les produits concernés sont les suivants : opiacés, cocaïne, psychostimulants, cannabis, hallucinogènes ou médicaments de substitution aux opiacés (MSO). Les accidents mortels de la circulation liés à la prise d'un de ces produits ne sont toutefois pas inclus dans DRAMES.

### - Recueil des données :

Le recueil des données est effectué sur une fiche anonyme, remplie par le toxicologue expert. Les éléments ainsi obtenus permettent de caractériser les sujets, de décrire les circonstances de découverte du corps, le stade de l'abus au moment du décès. Les résultats de l'autopsie et surtout l'identification et la quantification des substances retrouvées dans les prélèvements biologiques, si possible par les techniques de référence, permettent de préciser la nature des substances incriminées.

### **Rappel des conclusions de l'enquête DRAMES 2009**

En 2009, 272 décès avaient été recueillis (en augmentation par rapport à l'année précédente où 217 décès avaient été collectés) par un nombre plus important d'experts (25 vs 19 en 2008). Une augmentation des substances opiacées licites hors médicaments de substitution aux opiacés (MSO) était retrouvée (13,1 % vs 8,8 % et 5,2 % respectivement en 2008 et 2007) alors que l'implication des MSO était en légère diminution (34,2% versus 38,7% en 2008). Une relative stabilité des substances illicites, premières responsables des décès était retrouvée (52,7 % vs 52,1 %). L'héroïne y était toujours autant prédominante. Par ailleurs, d'autres substances étaient détectées comme le tramadol, mais aussi le GHB/GBL (Gamma hydroxybutyrique/gammabutyrolactone) et la kétamine. En termes de produits associés étaient retrouvés des médicaments psychotropes (1/3 des cas, en léger recul avec 36 % vs 40 %), l'alcool était toutefois en augmentation (38,7 % vs 26,7 %).

### **Résultats de l'enquête DRAMES 2010**

Au total, 376 cas de décès ont été recueillis, 100 ont été exclus de l'analyse (dont 7 doublons). Ces décès correspondent à 2 intoxications chez des enfants (méthadone), 79 suicides médicamenteux, 5 morts traumatiques sous influence possible de substances<sup>1</sup>, 4 intoxications au monoxyde de carbone (incendies en particulier) et 3 dossiers insuffisants. Les substances retrouvées dans ces 93 dossiers étaient les suivantes : morphine dans 13 cas, tramadol (n=7), oxycodone (n=2), BHD (n=3), méthadone (n=3), amphétamine (n=2), THC (n=3).

Au total, 276 décès ont donc été retenus (vs 272 en 2009). La grande majorité (90 % soit 247) sont directement liés au produit, les autres (n=29) l'étant indirectement.

La mention des circonstances de découverte du corps est renseignée dans 227 cas (82 % vs 77% en 2009). Le corps est soit retrouvé à domicile par une tierce personne dans 63 % des cas, en extérieur, dans un

<sup>1</sup> Mais les données insuffisantes sont pour un diagnostic de décès indirect.

domicile temporaire ou en squat dans 5,3 %, par la police sur la voie publique (10 %), à l'hôpital (4 %), en milieu carcéral (6,6 % vs 1,4 % en 2009) ou en milieu festif (4 %).

Le sexe des personnes décédées est renseigné dans l'intégralité des cas (85 % en 2009). Comme les années précédentes, les décès concernaient majoritairement des hommes (88,8 % vs 85,5 % en 2009). L'âge est renseigné dans 92 % des cas (85 % en 2009). Les sujets décédés sont jeunes, avec une moyenne d'âge de 33,7 ans (valeurs extrêmes : 17-63 ans).

Les antécédents médicaux des sujets sont renseignés dans 60,9 % des cas (vs 58,8 % en 2009). Des antécédents d'abus ou de pharmacodépendance sont rapportés dans 81 % des cas (81,8 % en 2008), un éthylisme dans 28 % (29,4 % en 2009), des pathologies associées dans 27,4 % et un tabagisme dans 3,6 % des cas (idem en 2009). Parmi les cas renseignés sur le plan clinique, 15 sujets sont naïfs (absence de prise récente de substances selon les données cliniques),

#### □ Les produits

Parmi les 29 neuf décès indirectement en relation avec le produit (mort par noyade, traumatisme, trouble du comportement...), les plus souvent en cause sont : le THC (15 cas), la cocaïne (9 cas) et la méthadone (6 cas).

Sur les 247 décès directement en relation avec les produits, la moitié (49,9 %) implique principalement les MSO, en augmentation par rapport aux années précédentes (34 % en 2009). Ceux-ci peuvent être associés à l'héroïne ou à la cocaïne dans 7,7 % des cas.

La cocaïne est, quant à elle, retrouvée dans 39 décès (15,8 % de l'ensemble), qu'elle soit seule responsable (2 cas) ou associée au THC (3 cas), à l'héroïne (16 cas) ou à d'autres substances (18 cas).

L'héroïne est impliquée dans 85 décès (dont 16 avec la cocaïne et 34 avec d'autres substances psychoactives).

Des psychostimulants illicites (hors cocaïne) sont quant à eux responsables de 11 décès (dont 4 indirectement liés à l'amphétamine ou au MDMA). Les substances retrouvées pour les 7 décès sont le MDMA (n=3), le MDMA associé au PMMA (n=1), l'amphétamine seule (n=3).

Les médicaments opiacés licites -hors MSO- sont retrouvés dans 39 cas (15,8 % en augmentation par rapport à 2009 où ils représentaient 13 %). Il s'agit de la morphine dans 24 cas, du tramadol dans 7 cas, de la codéine dans 3 cas, du dextropropoxyphène dans 5 cas, de la pholcodine dans 2 cas, du fentanyl et de de l'hydromorphone (1 cas chacun). La difficulté pour les cas de morphine est de savoir s'il s'agit bien de morphine (si absence d'ordonnance ou de boîte de Skénan® à côté du corps) ou d'héroïne (car, dans ces cas, aucun argument biologique - absence de 6-mono-acétyl-morphine- n'est disponible en faveur de l'une ou de l'autre forme).

#### Place des médicaments de substitution aux opiacés :

La méthadone est retrouvée dans 103 cas au total (97 où elle est directement liée et 6 où elle l'est indirectement). Son implication est majorée en 2010 puisqu'elle concerne directement le décès de 2,3/1 000 patients traités en France par méthadone vs 1,8/1 000 en 2009). Parmi les 97 cas de décès directement liés sont retrouvés 7 décès de sujets naïfs ; 2 cas impliquent la méthadone gélule (blisters vides retrouvés à côté de la victime). Si la méthadone est seule responsable du décès dans 8 cas elle peut aussi être associée à de l'éthanol ou au THC dans 6 cas, à des stupéfiants (hors THC) dans 15 cas<sup>1</sup> ou encore à des substances psychoactives dans 69 cas (benzodiazépines principalement, avec éventuellement éthanol et THC). Dans un cas, la méthadone a été injectée et une prise conjointe de cyamémazine (Tercian®) a été rapportée. Les concentrations sanguines médianes de méthadone sont proches que les sujets soient naïfs ou non (360 µg/L [extrêmes entre 340 à 683 µg/L] pour les premiers vs 320 µg/L [extrêmes entre 7-2270 µg/L] pour les non naïfs). Elle est similaire pour les sujets ayant bénéficié également d'éthanol ou de THC en sus.

Quant à la BHD, elle est impliquée dans 55 cas de décès (52 directement et 3 indirectement). Parmi les 52 cas, 2 sont des sujets naïfs. La BHD est seule responsable du décès dans 2 cas mais elle peut également être liée à l'éthanol et/ou au THC (6 cas). Elle est également associée à des benzodiazépines ou à d'autres médicaments psychoactifs dans 38 cas. Dans 6 autres cas, elle est associée à d'autres stupéfiants que le THC (héroïne dans 2 cas, cocaïne dans 3 et co-consommation de ces 2 produits dans 1 cas). Evaluée de la même manière que pour la méthadone, la BHD est impliquée dans les décès de 0,54 personne/1.000 patients traités en France par buprénorphine en 2010 (vs 0,4/1.000 en 2009).

#### Les produits de coupage ou substances psychoactives également retrouvées :

Le plus souvent, lors de l'analyse toxicologique des humeurs, ils sont retrouvés avec l'héroïne ou la cocaïne, laissant penser à un produit de coupage. Cette nouvelle édition de 2010 met en exergue la présence fréquente de l'hydroxyzine (n=30), présence soit liée au coupage de la poudre utilisée par cette substance, soit au fait non encore prouvé qu'elle peut être davantage prescrite en raison de son supposé moindre potentiel de dépendance que les benzodiazépines. L'hydroxyzine a ainsi été retrouvée avec l'héroïne, la

cocaïne mais aussi avec la méthadone ou la BHD. Dans 16 cas, elle est présente à dose toxique (>100 µg/L) dont un cas à une dose léthale (3250 µg/L). D'autres substances sont également retrouvées : le lévamisole (13 cas), la phénacétine (12 cas), la lidocaïne (11 cas), la caféine (7 cas), la quinine (5 cas), le diltiazem (4 cas) et le dextrométhorphan (n=2).

<sup>1</sup>L'héroïne y est associée dans 7 cas, la cocaïne dans 4 cas, les deux dans 3 cas, et la cocaïne avec la morphine dans 1 cas.

### **Comparaisons européennes**

En 2009, selon les données de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT), entre 6 300 et 8 200 décès par an entre 1995 et 2005, ont été imputés à l'usage de drogues au niveau européen. En France, les données DRAMES 2010 permettent d'estimer à 4 le nombre de décès par million d'habitants et par an avec parmi ceux-ci 1,3 décès pour l'héroïne, 0,61 pour la cocaïne, 1,5 pour la méthadone et 0,8 pour le BHD. Des variations s'observent entre pays européens, du fait de méthodes de calcul souvent différentes. Pour exemple, aux Pays-Bas, le taux est de 12 décès par million d'habitants en 2009 mais de 2 décès par million d'habitants en considérant les décès considérés comme « directement liés à ces substances ».

### **Conclusion**

Le nombre total de décès collectés est stable depuis l'année précédente (276 en 2010 vs 272 en 2009) tout comme celui des décès directement liés aux produits (247 vs 260) dans un contexte de participation d'experts toujours plus importante (31 vs 25). Une diminution des décès en 2010 directement en lien avec certaines substances est observée pour l'héroïne, la cocaïne ou l'association des deux substances. Une augmentation des décès en lien avec le tramadol est également constatée. Il est à noter l'implication de la kétamine (1 cas), du fentanyl (1 cas), de l'hydromorphone (1 cas) et du mélange butane/propane (1 cas). Dans deux cas, la présence faible de GHB ne permet pas de préciser s'il s'agit d'une provenance endogène ou exogène. L'hydroxyzine est également rapportée à des concentrations toxiques laissant penser à une possible injection dans quelques cas ; la cyamémazine (Tercian®) est retrouvée dans un cas d'injection parentérale de méthadone. L'autre observation notable est celle d'une augmentation des décès liés aux MSO notamment avec la méthadone et dans une moindre mesure avec la BHD. Il y aurait en effet quatre fois plus de décès à la méthadone qu'à la BHD pour 1000 patients exposés à chaque substance. Il est aussi observé un surdosage fréquent d'opioïdes (héroïne et méthadone notamment) après l'arrêt récent de la BHD.

### **Commentaires de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes**

Depuis 2002, les enquêtes DRAMES permettent d'identifier les produits impliqués dans les décès liés à l'abus de substances chez les usagers de drogues survenant en France. Ils concourent également d'une façon importante à l'estimation du nombre de ces décès, en complément des 2 autres sources de données existantes que sont l'INSERM et l'OCRTIS<sup>2</sup>.

Les résultats détaillés des enquêtes DRAMES sont transmis chaque année à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT).

Les membres félicitent le rapporteur et les experts toxicologiques pour la transmission toujours plus importante du nombre de décès et les évaluations qui en sont faites. Un membre souligne la diminution de la demande d'analyses toxicologiques et d'autopsie par les procureurs, rendant difficile la comparaison des données de l'étude d'une année sur l'autre.

Des améliorations pourraient toutefois être apportées dans les précisions des rapports d'autopsie en particulier sur le contexte. De plus, les cas de décès survenus en milieu hospitalier pourraient être repérés puis comptabilisés par les CEIP afin d'étendre les sources de données.

Enfin, une facilitation et une homogénéisation des modalités de recueil des décès au niveau européen sont également souhaitées pour faciliter à l'avenir les comparaisons entre états membres.

<sup>2</sup> INSERM = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OCRTIS = Office Central pour la répression du Trafic Illicite de Stupéfiants

## 6. RAPPORT SUR LA CONSOMMATION DES BENZODIAZEPINES EN FRANCE

Les benzodiazépines sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central et qui possèdent toutes des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes mais à des niveaux différents en fonction de leur structure chimique. En France, 22 benzodiazépines et apparentées sont actuellement commercialisées. Elles sont ainsi indiquées et prescrites, selon leurs propriétés pharmacologiques, dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses, dans les manifestations du sevrage alcoolique, dans les troubles sévères du sommeil, dans le traitement des épilepsies généralisées ou partielles et le traitement des contractures musculaires douloureuses.

Depuis les années 1990, de nombreux travaux ont souligné le niveau élevé de la consommation de médicaments psychotropes des Français, en particulier des anxiolytiques et des hypnotiques, principalement représentés par les benzodiazépines. En 2009 selon certaines données européennes, la France était le deuxième pays européen consommateur d'anxiolytiques (après le Portugal) et d'hypnotiques (après la Suède)

La consommation de benzodiazépines est par ailleurs associée à un certain nombre d'effets négatifs et de risques.

Compte-tenu de ces éléments, l'Afssaps a rédigé un rapport visant à étudier la consommation actuelle des benzodiazépines en France et son évolution depuis 10 ans grâce, notamment, aux données de ventes déclarées à l'Afssaps, aux données de remboursement de l'assurance maladie, aux études réalisées sur des populations particulières et de données provenant des systèmes de vigilance de l'Afssaps.

Chaque année, un français sur cinq (20%) consomme au moins une benzodiazépine ou une molécule apparentée. Ainsi plus de 25 millions de sujets ont été exposés à une benzodiazépine entre mi-2006 et mi-2011. La prévalence annuelle des sujets exposés à une benzodiazépine anxiolytique est de 10,9% ; elle est de 6,5% pour les sujets exposés à une benzodiazépine hypnotiques, 1,6% pour les sujets exposés au clonazépam et 6,9% pour les sujets exposés au tétrazépam.

Depuis 2002, le volume de la consommation des benzodiazépines anxiolytiques a diminué avec un nombre constant de consommateurs, suggérant une diminution de la consommation individuelle. On observe cependant une tendance à la hausse depuis 2009. La consommation des benzodiazépines hypnotiques et apparentées et le nombre de consommateurs sont restés stables. La consommation des benzodiazépines hypnotiques diminue au profit d'une augmentation régulière de celle des substances apparentées aux benzodiazépines (zopiclone et zolpidem).

Les benzodiazépines sont prescrites essentiellement par les médecins généralistes.

Les sujets consommant des benzodiazépines sont majoritairement des femmes (près de 60%). La consommation des anxiolytiques et des hypnotiques augmente avec l'âge et atteint un pic entre 70 et 75 ans. Les femmes les plus jeunes consomment principalement des benzodiazépines anxiolytiques et le tétrazépam, les plus âgées les anxiolytiques et les hypnotiques. Les hommes les plus jeunes consomment préférentiellement le tétrazépam, les plus âgés les hypnotiques et les anxiolytiques. Il n'existe pas de profil différent de consommation entre benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques dont le temps de traitement médian est de 7 mois. Dans 21,1 % des cas, le traitement par benzodiazépine est associé à un traitement antidépresseur et dans 4,9 % des cas à un traitement antipsychotique. De plus, 21% des patients ont eu au moins une fois un traitement par plusieurs benzodiazépines en même temps.

Le traitement par les benzodiazépines est nécessaire pour de nombreux patients mais présente aussi des risques. Les benzodiazépines peuvent en particulier entraîner des troubles de la mémoire et du comportement, une altération de l'état de conscience et des fonctions psychomotrices. Ces effets sont accrus chez le sujet âgé. De plus, plusieurs études suggèrent un lien possible entre benzodiazépines et démences en particulier les travaux de l'équipe Inserm (Unité 657) de pharmaco-épidémiologie de l'université Victor Segalen de Bordeaux dont les résultats seront prochainement publiés. Par rapport à cette problématique, neuf études internationales ont déjà été publiées mais leurs résultats ne sont pas concordants. Quatre études concluent à un lien, une conclut à un effet protecteur et quatre ne retrouvent pas de lien.

L'usage de benzodiazépines expose également à un risque de dépendance psychique et physique qui s'accompagne d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement.

A côté de ces effets indésirables, le réseau d'addictovigilance a mis en évidence une utilisation problématique des benzodiazépines avec un usage abusif ou détourné par les toxicomanes et un risque d'usage criminel à des fins de soumission chimique.

Enfin, plusieurs études internationales ont montré une augmentation du risque d'accidents de la route par la consommation de benzodiazépines chez le sujet âgé mais également chez les conducteurs jeunes,

L'importance de la consommation de benzodiazépines en France et les risques qui leur sont liés ont conduit très tôt les autorités sanitaires à mettre en place des mesures visant à favoriser leur bon usage. Ces mesures sont axées sur l'amélioration de l'information des professionnels de santé et des patients, l'encadrement de la prescription et de la délivrance, la prévention du risque d'abus et d'usage détourné et la surveillance par les réseaux de vigilance sanitaire.

Devant le degré d'exposition élevé et persistant de la population française aux benzodiazépines et certaines études suggérant un possible lien entre leur consommation prolongée et la survenue de démences, il apparaît important de modifier l'usage extensif fait de ces molécules en France, au demeurant nécessaires à la santé de très nombreux patients.

L'avis de la Commission est sollicité sur les actions qui pourraient être envisagées et renforcées, fondées sur les données de pharmacovigilance, d'addictovigilance et de pharmaco-épidémiologie.

### **Avis de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes**

**Les mesures déjà mises en place par les autorités sanitaires ont permis de stabiliser voire de diminuer la consommation des benzodiazépines en France. Il est néanmoins nécessaire de poursuivre ces actions afin de réduire la consommation de toutes les classes de benzodiazépines et apparentées et de favoriser leur utilisation prudente et raisonnée.**

**Il émerge des discussions de la Commission, les propositions suivantes :**

- **l'extension de la prescription sur ordonnance sécurisée à l'ensemble des benzodiazépines. Actuellement, 3 benzodiazépines doivent être prescrites sur ordonnances sécurisées ; cela est envisagé pour deux autres. L'extension de la prescription sur ordonnance sécurisée à l'ensemble de la classe permettra d'encadrer leur prescription, d'harmoniser les exigences pour ces molécules et de ne pas stigmatiser certaines d'entre elles. La prescription sur ordonnance sécurisée renforce également l'acte de prescription ;**
- **la réduction de la taille des conditionnements. Les conditionnements actuellement commercialisés ne sont pas tous adaptés à une durée de prescription courte, ni même à la durée maximale de prescription. Cette mesure permettra de mieux adapter la quantité délivrée à la quantité prescrite. Elle permettra également de réduire le risque d'abus ;**
- **la diffusion d'une mise au point destinée aux professionnels visant à rappeler certains messages, notamment la nécessité de « peser » la première prescription, de débiter le traitement à une faible dose, de limiter la prescription à une courte période en raison de l'absence de bénéfice d'un usage prolongé, d'évaluer régulièrement la pertinence du traitement, de ne pas associer plusieurs benzodiazépines entre elles. L'usage prolongé rend l'arrêt du traitement difficile et long. En cas d'impossibilité d'arrêt complet, une diminution de la posologie est à privilégier ;**
- **une campagne de sensibilisation du grand public visant à l'informer des effets des benzodiazépines et à diminuer le recours à ces médicaments.**
- **Le maintien de la surveillance et de l'évaluation de l'usage des benzodiazépines mais aussi des antidépresseurs dont l'usage est souvent lié.**

**Il semble également important de renforcer la formation initiale et continue des médecins sur les psychotropes mais aussi sur les alternatives thérapeutiques, notamment la psychothérapie et leur place dans la stratégie thérapeutique. Le recours à des thérapeutiques non médicamenteuses pourrait être développé grâce par une meilleure connaissance par les prescripteurs et leur prise en charge par les organismes sociaux.**

**Enfin, des études sur les déterminants sociaux, économiques et culturels liés au recours aux benzodiazépines et plus largement aux médicaments psychotropes d'une part, et aux alternatives thérapeutiques d'autre part, permettraient de mieux comprendre les raisons de la forte consommation de psychotropes en France et ainsi d'adapter les actions mises en œuvre par les autorités sanitaires.**

*Note post-réunion : le rapport sur l'état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France a été publié le 16 janvier 2012. Il est consultable sur le site de l'Afssaps à l'adresse suivante : [http://www.afssaps.fr/var/afssaps\\_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf](http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf)*