Etude des spécialités employées dans les intoxications médicamenteuses volontaires au CAPTV de Nancy de 1999 à 2008

Simon Michel

▶ **To cite this version:**

Simon Michel. Etude des spécialités employées dans les intoxications médicamenteuses volontaires au CAPTV de Nancy de 1999 à 2008. Sciences pharmaceutiques. 2010. hal-01732977

HAL Id: hal-01732977
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732977v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1

2010

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement
Le 22 juin 2010

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Simon MICHEL**
né le 22 juin 1984 à Nancy (54)

ETUDE DES SPECIALITES EMPLOYEES DANS LES INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES VOLONTAIRES AU CENTRE ANTIPOISON ET DE TOXICOVIGILANCE DE NANCY DE 1999 A 2008

Membres du Jury

Président :	Dr FERRARI Luc	Maitre de Conférences
Juges :	Dr DIEUDONNE Sébastien	Docteur en Pharmacie
	Dr MANEL Jacques	Chef de Service du CAPTV de Nancy
	Dr THILLY Nathalie	Maitre de Conférences

UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2009-2010

DOYEN
Francine PAULUS
Vice-Doyen
Francine KEDZIEREWICZ
Président du Conseil de la Pédagogie
Bertrand RIHN
Commission de la Recherche
Christophe GANTZER
Mobilité ERASMUS et Communication
Francine KEDZIEREWICZ
Hygiène Sécurité
Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier :	Jean-Michel SIMON

DOYEN HONORAIRE
Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES
Jeffrey ATKINSON
Marie-Madeleine GALTEAU
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES
Roger BONALY
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMANN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER
Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES
Monique ALBERT
Gérald CATAU
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Andrée IMBS
Marie-Hélène LIVERTOUX
Jean-Louis MONAL
Dominique NOTTER
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANT HONORAIRE
Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER .....Pharmacie clinique
Alain BAGREL.....Biochimie
Jean-Claude BLOCK .....Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON .....Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE.....Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL.....Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Christophe GANTZER .....Microbiologie environnementale
Max HENRY .....Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU.....Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE.....Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Isabelle LARTAUD.....Pharmacologie cardiovasculaire
Dominique LAURAIN-MATTAR.....Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER .....Biochimie
Pierre LEROY .....Chimie physique générale
Philippe MAINCENT .....Pharmacie galénique
Alain MARSURA .....Chimie thérapeutique
Patrick MENU .....Physiologie
Jean-Louis MERLIN.....Biologie cellulaire oncologique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS .....Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN .....Biochimie, Biologie moléculaire
Jean-Michel SIMON.....Economie de la santé, législation pharmaceutique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Monique ALBERT .....Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS .....Parasitologie
Mariette BEAUD .....Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT .....Communication et santé
Isabelle BERTRAND.....Microbiologie environnementale
Michel BOISBRUN .....Chimie thérapeutique
François BONNEAUX .....Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER.....Chimie Physique
Cédric BOURA.....Physiologie
Jean-Claude CHEVIN .....Chimie générale et minérale
Igor CLAROT .....Chimie analytique
Joël COULON.....Biochimie
Sébastien DADE.....Bio-informatique
Dominique DECOLIN .....Chimie analytique
Béatrice DEMORE.....Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU .....Biophysique, audioprothèse, acoustique
Florence DUMARCAY.....Chimie thérapeutique
François DUPUIS.....Pharmacologie
Raphaël DUVAL .....Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE .....Hématologie - Génie Biologique
Adel FAIZ.....Biophysique-acoustique
Luc FERRARI .....Toxicologie
Stéphane GIBAUD .....Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT .....Chimie organique

Frédéric JORAND .....Santé et environnement
Olivier JOUBERT.....Toxicologie, sécurité sanitaire
Francine KEDZIEREWICZ .....Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT .....Informatique, Biostatistiques
Faten MERHI-SOUSSI.....Hématologie biologique
Christophe MERLIN .....Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU .....Pharmacognosie
Maxime MOURER.....Pharmacochimie supramoléculaire
Francine PAULUS .....Informatique
Christine PERDICAKIS .....Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO .....Pharmacologie
Virginie PICHON .....Biophysique
Anne SAPIN.....Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER .....Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY .....Santé publique
Gabriel TROCKLE .....Pharmacologie
Marie-Noëlle VAULTIER.....Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIOU .....Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI .....Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER .....Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD .....Anglais

Bibliothèque Universitaire Santé - Lionnois (Pharmacie - Odontologie)

Anne-Pascale PARRET.....Directeur

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

Đ' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

Đ'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

Đe ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les moeurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

A Mes Grands-parents...

A NOTRE PRESIDENT
ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Luc FERRARI

Maitre de Conférence en toxicologie

A travers le précieux guide que vous avez été dans l'élaboration de ce travail, nous avons pu apprécier la qualité de vos conseils et votre haute compétence.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre très profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Sébastien DIEUDONNE

Pharmacien d'officine

Vous nous faites l’honneur de juger notre travail. Votre soutien et votre implication nous ont été très précieux.

Veuillez trouver ici nos sincères remerciements.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Jacques MANEL

Chef de service du Centre Antipoison et de Toxicovigilance de Nancy

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury de thèse.

Vous êtes à l'origine de l'extraction de la base de donnée du CAPTV, base de notre travail.

Veuillez trouver ici notre plus profond respect et toute notre gratitude.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Nathalie THILLY

Maître de Conférence en Santé Publique

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury de thèse.

Veuillez trouver ici notre plus profond respect et toute notre gratitude pour avoir si gentiment accepté notre invitation.

REMERCIEMENTS

A ma famille

Mes parents toujours là pour me soutenir dans les bons et les très bons moments!

A mon frère Joseph, sa femme Solène, Jeanne et Augustin, une jeune famille qui déjà nous apporte beaucoup de bonheur!

A mes grands parents : Votre départ soudain a crée un grand vide mais les souvenirs que vous m'avez donné resteront toujours présents.

A tous mes cousins et cousines toujours prêts à se retrouver dans une bonne réunion de famille.

A Caroline

Merci pour ton soutien, ta volonté, ta patience...

A Madame Isabelle REMY

Une "patronne " en or, en toute circonstance vous avez su garder votre bonne humeur, c'est toujours un bonheur de travailler à vos côtés.

A tous mes Amis

Bru, Jibou, Thom, Claire, Rody, Rapinou, Charly , Nanou, Guichon, Jean-phi, Douch, Touffu, Lolo, Chouff, Vieux Seb, Barbara, Francouille, Sarah, Jean-Jean et bien d'autres...

Vous m'avez fait passer des moments inoubliables au cours de ces six années d'étude mais cela ne fait que commencer !!!

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

I) Suicides, tentatives de suicide en France, une situation inquiétante 2

A) Définition des termes nécessaires à l'étude 2

1) Le suicide 2

2) La tentative de suicide 2

3) L'intoxication médicamenteuse volontaire 2

4) Médicaments psychoactifs 3

B) Suicides et tentatives de suicide en France 4

1) Suicides 4

2) Tentatives de suicide 8

3) Etude des classes pharmaceutiques les plus utilisées dans les intoxications médicamenteuses au CAPTV de Nancy 10

C) Consommation de psychotropes en France 18

1) Population française et consommation de psychotropes 18

2) Origines des prescriptions de psychotropes 18

II) Etude épidémiologique des appels au Centre Antipoison et de Toxicovigilance de Nancy 20

A) Définitions des cas étudiés 20

1) Critères temps, lieux et personnes 20

2) Données étudiées dans chaque cas 21

3) Agents responsables des intoxications 24

B) Épidémiologie générale des cas. 25

1) Circonstances 25

2) Etude des différentes variables toutes circonstances confondues. 26

3) Variation au cours des années 28

4) Variation au cours d'une année 30

5) Etude des classes ATC les plus utilisées et comparaison avec les chiffres de vente ... 32
C) Etude des différentes circonstances d'intoxication ... 36
1) Suicide ou conduites suicidaires ... 36
2) Toxicomanie/addiction ... 47
3) Mésusage ou surdosage médicamenteux non suicidaire ... 53
4) Criminel, acte de malveillance ... 54
5) Avortement ... 54
6) Soumission chimique ... 55
III) Prise en charge des patients? Prescription ou dispensation. ... 56
A) Le rôle de la médecine générale dans le diagnostic des pathologies psychiques et la prescription de médicaments psychotropes. ... 57
1) Diagnostic de la crise suicidaire en médecine générale ... 57
2) Formation médicale continue ... 59
B) Accessibilité aux médicaments et prescriptions médicamenteuses ... 61
1) Accès aux médicaments sans prescription ... 61
2) Dispensation de médicaments sur prescription médicale ... 65
C) Pharmacie d'officine et dispensation des médicaments ... 68
1) Le dossier pharmaceutique, un outil contre la iatrogénie médicamenteuse ... 68
2) Prévention lors de la dispensation ... 69
CONCLUSION ... 72
GLOSSAIRE ... 73
BIBLIOGRAPHIE ... 75
TABLE DES TABLEAUX ... 78
TABLE DES GRAPHIQUES ... 79
TABLE DES ANNEXES ... 80
ANNEXES ... 81

INTRODUCTION

Chaque année la France compte environ 11 000 morts par suicide dont 16% occasionnés par la prise volontaire de médicaments.
La mortalité par suicide dans la classe d'âge des 25-34 ans représente plus de 20% des décès, deuxième cause après les accidents de la route.

Les médicaments sont utilisés dans 80 à 90% des cas de tentatives de suicide ce qui représente un réel problème de santé publique.

La France est un des pays les plus consommateurs de médicaments au monde et se situe à la première place pour la classe des médicaments psychotropes. L'écart avec les autres pays est surtout marqué pour les anxiolytiques et hypnotiques et est moindre pour les antidépresseurs. Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, la consommation de tranquillisants et somnifères chez les adolescents âgés de 16 ans place la France parmi les tous premiers pays européens. (1)

Les Centres Antipoison et de Toxicovigilance (CAPTV) fournissent une réponse téléphonique 24 heures sur 24 aux professionnels de santé comme aux particuliers sur la conduite à tenir en cas d'intoxications impliquant des toxiques médicamenteux, produits chimiques, ménagers etc.
L'étude des renseignements collectés lors des appels téléphoniques au CAPTV de Nancy permet de mettre en évidence les populations à risque ainsi que les classes thérapeutiques employées dans les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV).
L'intervention des différents professionnels de santé (infirmiers, médecins, pharmaciens) dans la chaine du médicament pourrait constituer autant d'occasion de détecter un potentiel suicidant et de mettre en place des actions préventives des intoxications médicamenteuses.

I) Suicides, tentatives de suicide en France, une situation inquiétante

A) Définition des termes nécessaires à l'étude

1) Le suicide

Le suicide est une mort volontaire. Dürkheim (1897) l'a défini comme "la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer". On parle de mortalité suicidaire et de sujets suicidés (2).

2) La tentative de suicide

Ce terme recouvre tout acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique et n'aboutissant pas à la mort. Il ne s'agit donc pas d'un simple suicide raté. On parle de sujets suicidants.

Notre étude prend en compte les deux cas avec une majorité de suicidants grâce à la prise en charge précoce par le système de soin.

3) L'intoxication médicamenteuse volontaire

L'intoxication médicamenteuse volontaire est l'action de s'intoxiquer ou d'intoxiquer autrui avec des substances médicamenteuses.
Différents paramètres vont permettre de définir l'intoxication (3).

- la nature du toxique ingéré (la ou les spécialités utilisées)
- la dose supposée ingérée
- le délai de prise en charge après l'intoxication
- les comorbidités
- l'existence d'un antidote ou non pour les spécialités ingérées.

4) Médicaments psychoactifs

Un médicament psychoactif permet d'atténuer ou de faire disparaître une souffrance psychique : anxiété, dépression, troubles délirants, etc.

Un médicament psychoactif est soumis à prescription médicale.

Un grand nombre de personnes sollicitent de leur médecin une prescription médicamenteuse pour faire face à des troubles provoqués par leurs difficultés quotidiennes. On peut citer les personnes âgées confrontées à la solitude, les personnes soumises à une surcharge de responsabilités, celles exposées au stress ou à un événement éprouvant.

Les **troubles du sommeil** sont un motif fréquent de prescription de médicaments psychotropes. Ces troubles peuvent être transitoires, occasionnels ou devenir chroniques. Dans tous les cas, les **prescriptions ont une durée limitée (à un mois)** : tout renouvellement donne lieu à une nouvelle consultation. (4)

B) Suicides et tentatives de suicide en France

Avant d'analyser les données du centre antipoison il convient de définir le cadre de l'étude en étudiant les suicides et tentatives de suicide en France.

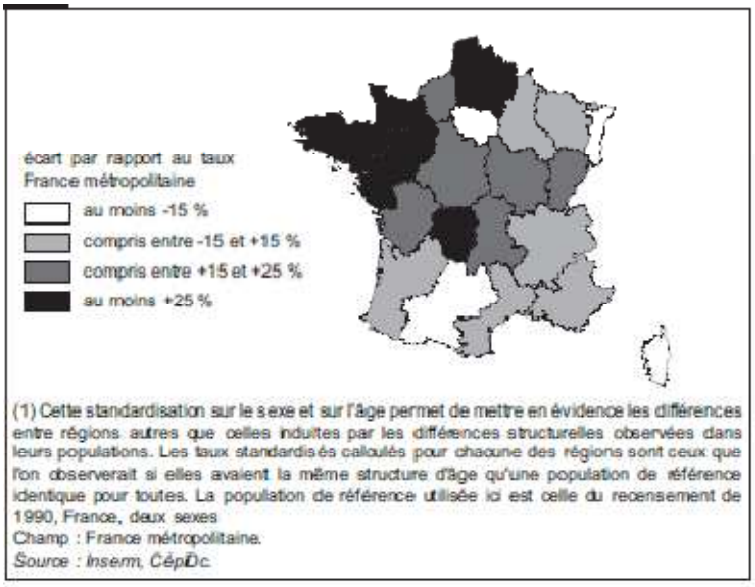
1) Suicides

a) Dénombrement

Chaque année entre 10 000 et 11 000 personnes décèdent de morts suicidaires (source : Centre d'Epidémiologie sur les Causes médicales de Décès (CépiDc)). Toutefois, le phénomène de sous-déclaration, estimé aux environs de 20 à 25 %, porterait ce nombre aux alentours de 13 000. (5)

b) Variable géographique

Les données du CépiDc permettent des comparaisons régionales. L'étude des taux standardisés de suicides annuels moyens sur la période 2000-2002 montre que douze régions ont un taux supérieur d'au moins 15 % à la moyenne nationale. Elles appartiennent, pour la plupart d'entre elles, à un grand quart nord-ouest de la France, le taux le plus élevé étant de loin celui enregistré en Bretagne. À l'opposé, quatre régions, Alsace, Midi-Pyrénées, Corse et Île-de-France connaissent des taux de suicide nettement inférieurs à la moyenne nationale. (5)



(1) Cette standardisation sur le sexe et sur l'âge permet de mettre en évidence les différences entre régions autres que celles induites par les différences structurelles observées dans leurs populations. Les taux standardisés calculés pour chacune des régions sont ceux que l'on observerait si elles avaient la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour toutes. La population de référence utilisée ici est celle du recensement de 1990, France, deux sexes
Champ : France métropolitaine.
Source : Inserm, CépiDc

Figure 1 Disparités régionales de la mortalité par suicide 2000-2002(DREES)

c) Populations concernées

c-1) Sexe

Le tableau 1 résulte d'une interrogation de la base de données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès sur la période 2000-2007 (période de notre étude) (6). L'objectif de cette démarche était de calculer la part des décès par suicide dans les populations féminines et masculines (**Annexe A** Extraction de la base de données cépiDC).

Cette étude menée sur les huit années montre que 2.01% de la totalité des décès en France est d'origine suicidaire avec une certaine stabilité au cours des années.

D'autre part l'étude de la variable homme-femme dans les causes de décès témoigne que 73.18% des suicidés sont des hommes et 26.82% sont des femmes.

Nous verrons par la suite lors de l'étude que dans les tentatives de suicide la tendance s'inverse.

Année	Suicides hommes	Suicides femmes	Décès France	%homme	%femme	%suicides/total décès
2000	7973	2864	530850	73,57%	26,43%	2,04%
2001	7655	2785	531072	73,32%	26,68%	1,97%
2002	7720	2912	535140	72,61%	27,39%	1,99%
2003	8030	2826	552335	73,97%	26,03%	1,97%
2004	7853	2944	509408	72,73%	27,27%	2,12%
2005	7826	2881	527516	73,09%	26,91%	2,03%
2006	7590	2825	515952	72,88%	27,12%	2,02%
2007	7418	2704	520535	73,29%	26,71%	1,94%

Tableau 1Nombre de décès par suicide de 2000 à 2007

c-2) Classes d'âge

La figure 2 représente la proportion des suicides dans l'ensemble des décès en fonction des classes d'âge et du sexe.

Il en résulte que la classe d'âge des **25-34 ans est très touchée** par la mortalité par suicide tous sexes confondus. Ce taux de 21 % de décès par suicide est nettement supérieur à celui de la population générale avec 2,01% (tableau 1) .

Rappelons que les accidents de la route sont la première cause de mortalité dans cette classe d'âge avec 30 % des décès (7).

En prenant en compte la variable sexe il résulte que la proportion des suicides dans la population masculine est supérieure à celle des femmes pour les classes d'âge de 15 à 45 ans.

On note que la disparité entre les deux sexes s'efface à partir de 45 ans.

Par la suite nous mettrons en regard ces données avec celles concernant les tentatives de suicide.

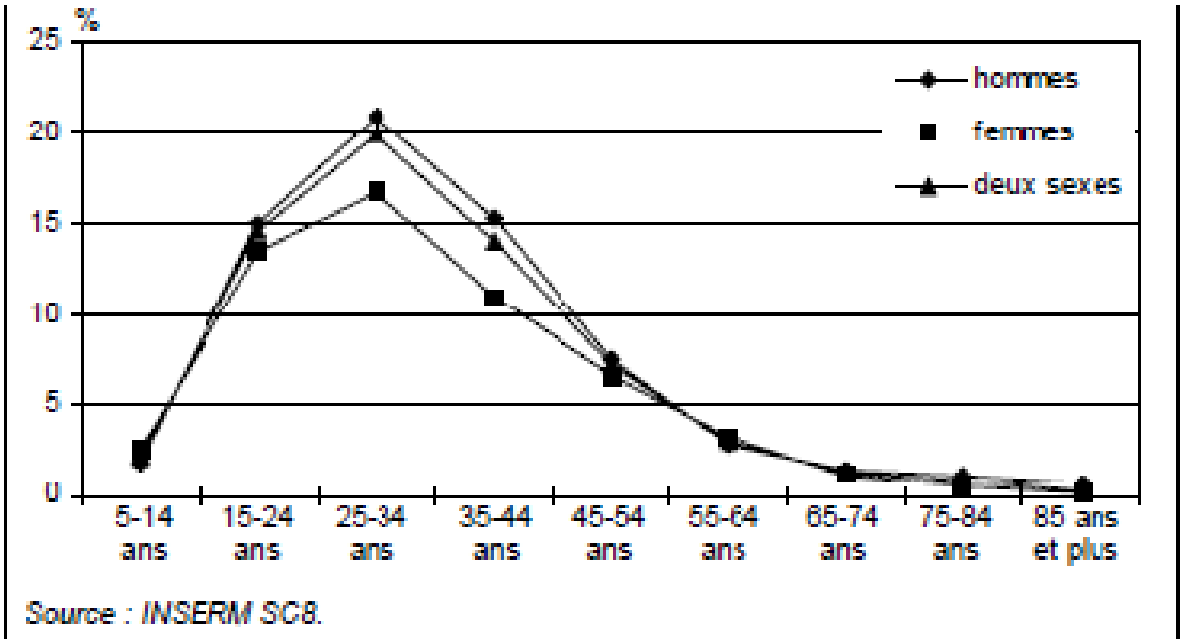


Figure 2 Proportion des suicides dans l'ensemble des décès par classe d'âge (DREES)

d) Les modes de suicide employés

Le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (45 % des suicides de 2002), suivi par l'utilisation d'une arme à feu (16 %) puis l'intoxication (15 %).

Les modes de suicide demeurent très différenciés selon le sexe et l'âge.

La pendaison reste ainsi le premier mode de suicide chez les hommes quel que soit leur âge. Au contraire, l'ingestion de substances toxiques est le premier mode de suicide chez les femmes entre 25 et 54 ans (sources DREES).

Nous retrouverons la prédominance de cette population féminine dans les tentatives de suicide médicamenteuses.

2) Tentatives de suicide

a) Dénombrement

La dernière étude de résultat de la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) date d'avril 2001.

Cette étude évalue entre 130 000 et 180 000 le nombre de tentatives de suicide par an en France.

Ce chiffre est issu de l'utilisation de plusieurs données statistiques (statistiques hospitalières, enquêtes auprès des médecins généralistes ou de la population générale) (7).

b) Populations concernées

La figure 3 élaborée à partir des données hospitalières met en évidence le nombre d'hospitalisations pour des intoxications par des produits pharmaceutiques en fonction du sexe et des classes d'âges.

Sur l'année 2002, 66.51% des hospitalisations pour des intoxications par des produits pharmaceutiques concernent des femmes pour 33.49% d'hommes (8).

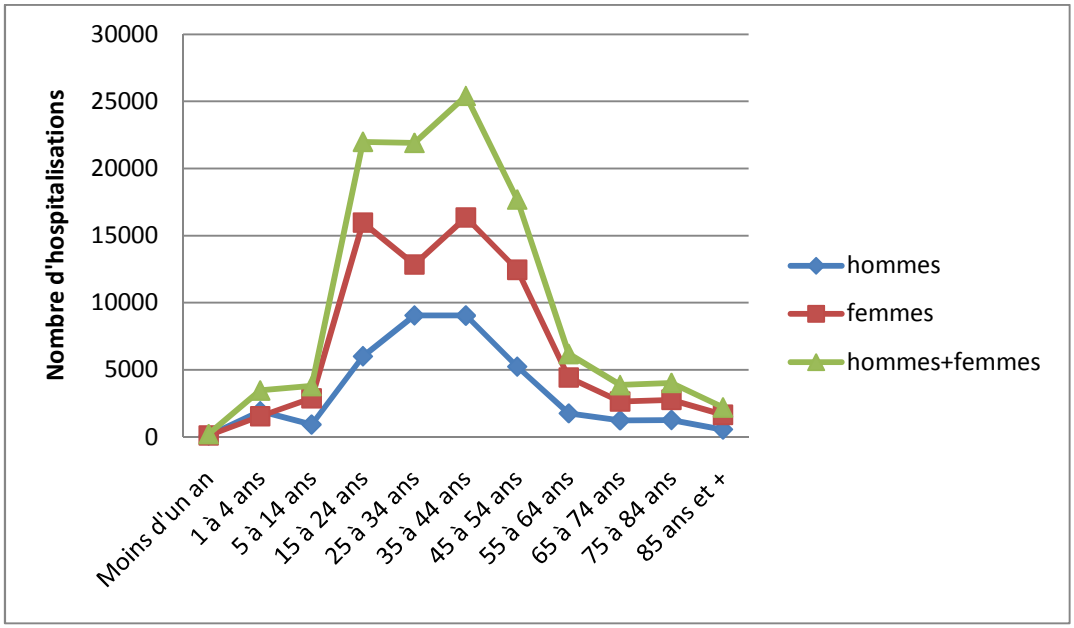


Figure 3 Séjours dans les établissements de soin pour des intoxications par des produits pharmaceutiques (DREES) en 2002

Le graphique comparatif entre les proportions hommes / femmes dans les tentatives de suicide et suicides montre que les tendances s'inversent.

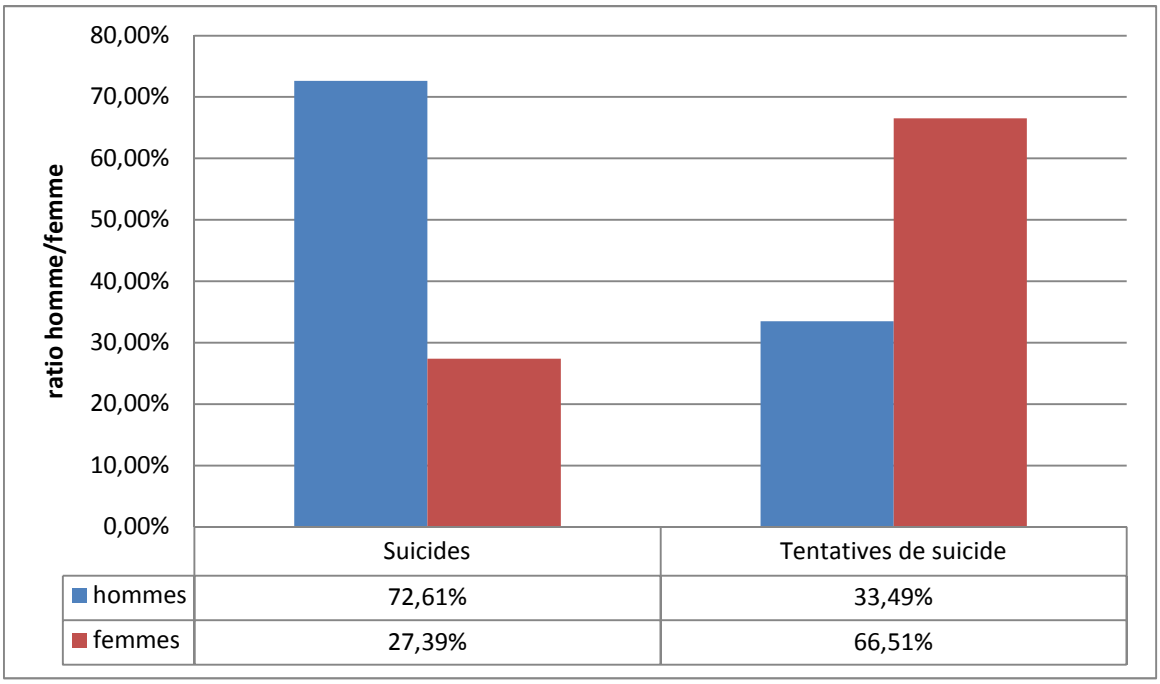


Figure 4 Comparatif des ratios homme/femme dans les suicides et tentatives de suicide

c) Méthodes employées dans les tentatives de suicide

Les tentatives de suicide par voie d'intoxication médicamenteuse représentent plus de 80 % des hospitalisations pour tentatives de suicide tous sexes confondus et atteignent 90 % chez les jeunes femmes.

Ce mode est moins usité chez les hommes tout en demeurant nettement majoritaire.

La majorité des cas d'intoxication qui seront étudiés par la suite porteront sur des tentatives de suicide médicamenteuses, les autres cas concernent des mésusages, des cas de toxicomanie, etc.

3) Etude des classes pharmaceutiques les plus utilisées dans les intoxications médicamenteuses au CAPTV de Nancy

L'étude des cas extraits de la base de données du Centre Antipoison met en évidence l'utilisation de certaines classes thérapeutiques.

Nous présenterons dans cette partie les principales classes médicamenteuses utilisées dans les intoxications.

Les modalités de prescription et de délivrance seront rapidement abordées (et décrites de manière exhaustive en annexe) **(Annexe D** Prescription et délivrance des médicaments psychotropes **et Annexe E** Modalités de prescription et délivrance des médicaments stupéfiants**).**

a) Les psychotropes

Définition : Toute substance capable de modifier le comportement psychique (9).

Les médicaments psychotropes sont classés en trois groupes :

- les psycholeptiques (hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques).
- les psychoanaleptiques (antidépresseurs, psychotoniques).
- les psychodysleptiques ou hallucinogènes (dictionnaire médical).

a-1) Hypnotiques ou somnifères (qui provoquent le sommeil)

Indications : insomnie

Modalités de prescription et de dispensation

Pour des motifs de santé publique, la durée de prescription des médicaments hypnotiques et anxiolytiques a été limitée.

Les médicaments contenant des substances à propriétés hypnotiques et dont l'indication thérapeutique figurant sur l'autorisation de mise sur le marché est « insomnie » ne peuvent être prescrits pour une durée supérieure à **4 semaines** (10). Il s'agit principalement de benzodiazépines (Flunitrazépam et Clorazepate), ou de molécules apparentées (Zopiclone, Zolpidem, Zaléplone).

Toxicité

Pour des prises isolées, il a été décrit des troubles de la conscience allant de la somnolence au coma calme hypotonique, des dépressions respiratoires le plus souvent modérées, et des hypotensions ou des bradycardies (surtout pour le Flunitrazépam). Le risque est majoré et le pronostic vital peut être alors menacé lors de la prise concomitante d'autres agents dépresseurs du Système Nerveux Central (alcools ou médicaments). On peut alors voir apparaître un approfondissement du coma et un arrêt respiratoire fatal (11).

Exemples de spécialités

zolpidem (STILNOX®), zopiclone (IMOVANE®).

a-2) Neuroleptiques

Un neuroleptique est un médicament qui calme l'agitation et l'hyperactivité neuro-musculaire.

Indications :

Les neuroleptiques sont prescrits dans les états d'excitation, d'agressivité et d'agitation; ils ont également une action antipsychotique (schizophrénie, accès maniaque).

Modalité de prescription et de dispensation :

Les neuroleptiques sont soumis à la réglementation du tableau de la liste I.

La première délivrance de médicaments relevant des listes I ou II ne peut s'effectuer que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de trois mois. (art. R. 5132-22 du CSP).

La délivrance d'un médicament relevant de la liste I ne peut être renouvelée que sur indication écrite du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement.

Dans tous les cas, le ou les renouvellements doivent être exécutés dans la limite du délai de traitement de 12 mois. Ils ne peuvent avoir lieu qu'après un délai déterminé résultant de la posologie et des quantités précédemment délivrées. (art. R. 5132-22, R. 5132-14 du CSP).

Il ne peut être délivré en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à un mois de 30 jours selon le conditionnement (art. R. 5132-12 du CSP).

Toxicité

La toxicité des neuroleptiques varie en fonction de la classe pharmacologique auquel ils appartiennent (12):

ANTIPSYCHOTIQUES SEDATIFS TERCIAN®	Sédation de l'angoisse et de l'excitation au cours des schizophrénies et des états maniaques
ANTIPSYCHOTIQUES ANTIPRODUCTIFS HALDOL ®, RISPERDAL ®, ZYPREXA®	Action antiproductive$_2$ sur le délire et les hallucinations des schizophrénies paranoïdes
ANTIPSYCHOTIQUES ANTIDEFICITAIRES DOGMATIL® à faibles doses SOLIAN® à faibles doses	Action antidéficitaire$_1$ élective sur l'autisme, le déficit intellectuel, l'apragmatisme dans certaines formes de schizophrénies
ANTIPSYCHOTIQUES dits ATYPIQUES LEPONEX ®, RISPERDAL ®, ZYPREXA ®	Action sur les symptômes positifs, négatifs voire affectifs de la schizophrénie

Tableau 2 Classification des neuroleptiques

Lors d'intoxications par les neuroleptiques classiques on observe :

- une dépression du SNC (somnolence voir coma profond pour les neuroleptiques sédatifs)
- des effets atropiniques (tachycardie, agitation, confusion...)
- des réactions extrapyramidales$_9$ (rigidité musculaire, tremblements)

Lors d'intoxications par des neuroleptiques atypiques, les symptômes varient en fonction de la molécule.

Clozapine (LEPONEX®) : sédation, coma, tachycardie, hypotension, arythmie.

Olanzapine (ZYPREXA®) : fluctuation entre agitation et dépression du SNC, détresse respiratoire.

Risperidone (RISPERDAL®) : sédation, syndromes extrapyramidaux, tachycardie, allongement du QT, torsades de pointes[11].

a-3) Les anxiolytiques

Médicament qui réduit l'anxiété pathogène = tranquillisant.

La classe la plus représentée est celle des benzodiazépines, cette classe pharmacologique est très utilisée dans les intoxications médicamenteuses volontaires.

Indications

Anxiété, délirium tremens, sevrage alcoolique.

Modalités de prescription et de dispensation

Les médicaments contenant des substances à propriétés anxiolytiques, inscrits sur la liste I des substances vénéneuses à des doses et des concentrations non exonérées ne peuvent être prescrits pour une durée supérieure à **12 semaines .**

Toxicité

Pour les benzodiazépines, la toxicité est la même qu'en cas de prise d'hypnotique.

Exemples de spécialités

bromazepam (LEXOMIL®), alprazolam (XANAX®), prazepam (LYSANXIA®)

a-4) Les antidépresseurs

Un antidépresseur est un médicament qui combat les états dépressifs; ils sont classés en fonction de leurs classes pharmacologiques :

- Les antidépresseurs tricycliques (clomipramine ANAFRANIL®) et apparentés (amitryptyline LAROXYL®)
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (moclobémide MOCLAMINE®)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine = IRSS (paroxétine, fluoxétine, sertraline)

Ces antidépresseurs sérotoninergiques se sont beaucoup développés, en raison d'une efficacité semblable à celle des tricycliques mais avec des effets anticholinergiques faibles (voire nuls) et une absence de toxicité cardiaque.

- Les nouveaux antidépresseurs (mirtazapine, venlafaxine)

Ces molécules agissent à la fois sur les voies noradrénergiques et sérotoninergiques = IRSNA.

Indications

Episodes dépressifs **majeurs**, troubles obsessionnels compulsifs, anxiété sociale, anxiété généralisée.

Modalités de prescription et de dispensation

Les antidépresseurs sont soumis à la réglementation du tableau de la liste 1_7 (cf neuroleptiques).

Toxicité

La toxicité varie en fonction des classes d'antidépresseurs, le principal risque étant à mettre en relation avec l'action sur le système cardio-vasculaire essentiellement, en raison d'un effet stabilisant de membrane$_5$.

- Les antidépresseurs tricycliques peuvent entraîner des manifestations cardiovasculaires sévères (essentiellement troubles de la conduction conditionnant la gravité de l'intoxication), ainsi qu'un renforcement des symptômes anticholinergiques$_8$, éventuellement un état confusionnel ou un coma (parfois retardé).

- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (moclobémide MOCLAMINE®)

Un surdosage au moclobémide seul, entraîne généralement des effets réversibles et sans gravité sur le SNC et des troubles gastro-intestinaux.

- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRSS) (paroxétine, fluoxétine, sertraline)

En monothérapie, le surdosage est rarement fatal. Dans les surdosages modérés (dose 30 fois supérieure à la dose recommandée), les symptômes sont soit mineurs soit absents. Aux doses plus élevées, des vertiges, des tremblements, des nausées, et vomissements sont fréquemment retrouvés. Aux doses extrêmes (plus de 75 fois la dose recommandée), des troubles plus graves sont observés tels que des troubles de la conscience, une atteinte cardiovasculaire voire un coma.

Le surdosage peut conduire à la mort quand les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont associés à de l'alcool ou à d'autres médicaments.

On observe dans les premières semaines de traitement une levée de l'inhibition comportementale (plus rapide que l'amélioration de l'humeur dépressive) majorant le risque suicidaire, les professionnels de santé doivent être attentifs au risque suicidaire chez les personnes traités par des antidépresseurs particulièrement en début de traitement.

- Les nouveaux antidépresseurs (mirtazapine, venlafaxine)

Les événements les plus fréquemment rapportés au cours d'un surdosage réunissent des modifications du niveau de conscience (allant d'une somnolence à un coma), une mydriase, des convulsions et des vomissements ainsi que des modifications électrocardiographiques (tachycardies).

b) Les antalgiques

b-1) le paracétamol

L'antalgique le plus utilisé dans les intoxications médicamenteuses est le paracétamol.

Indications

Traitement de la douleur légère à modérée ainsi que des états fébriles.

Modalités de prescription et de dispensation

Le paracétamol est un médicament qui n'est pas inscrit sur les listes des substances et préparations dangereuses (liste 1 et 2), il est donc disponible sans prescription médicale et est en vente dans les pharmacies d'officines où il est disponible en libre accès (devant le comptoir).

Toxicité

Un surdosage, à partir de 10 grammes de paracétamol chez l'adulte et 150 mg/kg de poids corporel en une seule prise chez l'enfant, provoque une cytolyse hépatique susceptible d'aboutir à une nécrose complète et irréversible se traduisant par une insuffisance hépatocellulaire, une acidose métabolique, une encéphalopathie pouvant aller jusqu'au coma et à la mort.

b-2) Les antalgiques de classe 2

Indications

Traitement de la douleur dans les formes modérées intenses et rebelles, ils sont recommandés en cas d'échec à une autre thérapeutique.

Modalités de prescription et de dispensation

Les antalgiques contenant du dextropropoxyphène (DPX) sont soumis à la réglementation du tableau de la liste 1 (cf neuroleptiques).

Toxicité

La dangerosité de ce type d'antalgique réside dans le fait qu'ils allient la toxicité du DPX à celle du paracétamol décrite précédemment.

Les symptômes de surdosage en DPX sont des troubles de la conscience pouvant aller de la somnolence jusqu'au coma, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, un

myosis, des convulsions, un délire, une dépression respiratoire (pouvant aller de la simple dyspnée jusqu'à l'apnée), une cyanose, un collapsus voire un décès.

La gravité est importante, puisque sur une série de 222 patients, le taux de mortalité atteignait 8 %. La dépression respiratoire aiguë prédomine chez les patients de moins de 30 ans, alors que les effets cardiotoxiques touchent les patients plus âgés. L'association avec le paracétamol est particulièrement dangereuse en surdosage.

On notera que l'Union Européenne a ordonné le retrait progressif du marché de cette association. (Afssaps, 25 juin 2009). Les autres antalgiques de pallier 2 vont progressivement remplacer le DPX malgré l'avis défavorable de l'afssaps : «S'il y a un transfert important des prescriptions vers le tramadol, le bilan pourrait être négatif pour la santé publique».

c) Les anti-inflammatoires

L'anti-inflammatoire le plus retrouvé dans les cas d'IMV est l'ibuprofène (ADVIL®, NUROFEN®...)

c-1) Indications

L'ibuprofène est indiqué dans le traitement de la douleur, dans certaines formes de migraines et dans l'arthrose.

c-2) Modalités de prescription et de dispensation

L'ibuprofène est disponible ou non sans ordonnance en fonction des doses d'exonérations[4] (le médicament échappe alors à la réglementation des substances vénéneuses)

Le NUROFEN®, SPEDIFEN® (spécialités conseil à base d'ibuprofène) est disponible sans prescription médicale et aussi en libre accès dans les pharmacies (devant le comptoir), son accès est donc très facile.

c-3) Toxicité

En cas de surdosage, les anti-inflammatoires dérivés de l'acide acétique provoquent le plus souvent des troubles digestifs modérés tels que des nausées, des vomissements, des épigastralgies, des diarrhées, des ulcères gastro-duodénaux, des hématémèses[6]. Dans des cas plus sévères, une acidose métabolique ou une insuffisance rénale aigüe avec oligurie peuvent survenir ainsi qu'un coma.

On notera également que les anti-inflammatoires ont comme effet secondaire de diminuer la perfusion rénale, ce qui augmentera la toxicité des médicaments à élimination rénale en co-intoxication.

d)Les toxiques lésionnels

Il serait également intéressant d'étudier la toxicité des toxiques lésionnels comme la colchicine dont l'intoxication aigue ne peut être traitée par les techniques usuelles de réanimation.

C) Consommation de psychotropes en France

De nombreuses études menées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie étudient les remboursements des prescriptions de psychotropes, les patients à qui elles s'adressent, les spécialités prescrites et les spécialités prescrites sur la même ordonnance.

1) Population française et consommation de psychotropes

La synthèse des résultats des enquêtes épidémiologiques sur la consommation de médicaments psychotropes fait apparaître qu'un français sur quatre a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois et qu'un français sur trois en a déjà consommé au cours de sa vie. Le premier constat tiré des études pharmaco-épidémiologiques relatives aux psychotropes est donc celui d'une banalisation du recours à ces médicaments au sein de la population française.

Après 60 ans, la moitié des femmes et un tiers des hommes ont pris au moins un psychotrope au cours de l'année. (14)

2) Origines des prescriptions de psychotropes

En France, les médecins généralistes sont fréquemment confrontés à la prise en charge de pathologies psychiques et couvrent plus de 80% des prescriptions de psychotropes.

Les études des caisses nationales d'assurance maladie sur les prescriptions mettent en évidence des durées d'utilisations **trop longues pour les hypnotiques** ainsi que pour les anxiolytiques et à l'inverse des durées **trop courtes pour la classe des antidépresseurs** (traitements chroniques).

Dans un grand nombre de cas, ces patients nécessiteraient un suivi psychologique par un médecin spécialiste (14).

Il ressort de cette analyse que l'utilisation de spécialités pharmaceutiques dans le cadre d'intoxications médicamenteuses volontaires représente un enjeu de santé publique.

La population féminine, fortement consommatrice de médicaments (psychotropes), est particulièrement exposée aux tentatives de suicide.

Les répartitions par classe d'âge nous alertent sur les consommations médicamenteuses des adolescents.

Fort heureusement, la faible toxicité des spécialités les plus fréquemment employées ainsi que la prise en charge des suicidants modèrent le taux de mortalité des intoxications médicamenteuses.

II) Etude épidémiologique des appels au Centre Antipoison et de Toxicovigilance de Nancy

Notre étude épidémiologique a pour but de cibler les populations concernées dans les intoxications ainsi que les spécialités utilisées.

Les cas ont été extraits de la base SICAP (système d'information des CAPTV) du Centre Antipoison et de Toxicovigilance de Nancy (CAPTV) (81). **(Annexe F** Extraction de la base de données des agents avant traitement statistique)

De l'extraction de la base de données ont été retenus uniquement les cas d'intoxications contenant au moins une spécialité pharmaceutique. Cela signifie que nous avons volontairement exclu les cas d'intoxications avec des plantes, des produits chimiques, de l'alcool ou tout autre stupéfiant. (**Annexe G** Base de données après élimination des agents non médicamenteux)

A) Définitions des cas étudiés

1) Critères temps, lieux et personnes

a) Limites temporelles

L'étude observe les cas répertoriés à partir du 25 octobre 1999 à 7h50 jusqu'au 12 août 2008 à 19H59 date d'arrêt de l'extraction.

Les cas sont issus des saisies des appels reçus au CAPTV de Nancy dans le cadre d'intoxications médicamenteuses.

b) Limites territoriales

Les limites territoriales de l'étude sont définies par la zone de couverture du CAPTV de Nancy à savoir la Bourgogne, la Champagne Ardenne ainsi que la Lorraine (15).

Figure 5 Zone de couverture du CAPTV de Nancy 1

c) Population d'étude

La population d'étude est composée de personnes victimes d'une intoxication médicamenteuse ayant été répertoriée au CAPTV de Nancy.

2) Données étudiées dans chaque cas

L'étude porte sur 8980 cas.

a) Données temporelles

La date et l'heure du premier appel au centre antipoison nous serviront de référence pour étudier la chronologie des intoxications.

Afin de pouvoir analyser l'évolution des différents paramètres au cours des années, seuls les cas des années révolues seront analysés, c'est à dire les données datant du premier janvier 2000 au 31 décembre 2007.

Pour les données épidémiologiques, nous avons souhaité mener une étude quantitative et avons intégré tous les cas disponibles.

b) Circonstances de l'intoxication

Les circonstances de l'intoxication sont déterminées lors de l'interrogatoire effectué par le médecin du centre d'appel.

Les différentes circonstances présentes dans l'extraction de la base sont les suivantes :

- Avortement
- Criminel/acte de malveillance
- Mésusage ou surdosage médicamenteux
- Soumission chimique
- Suicide
- Toxicomanie/addiction

Au fil des années le CAPTV a fait évoluer cette base de données et affiné le codage avec l'ajout de nouvelles circonstances.

L'analyse de ces circonstances récemment codées au cours du temps ne sera pas prise en compte dans notre travail.

c) Le sexe de la victime

Les cas seront étudiés en fonction du sexe de la personne victime de l'intoxication.

d) L'âge de la victime

Afin de faciliter la représentation et l'étude statistique des cas un regroupement par classe d'âge a été choisi lors de l'extraction de la base SICAP.

Voici les classes d'âges ayant servi à regrouper les cas :

- <1an,
- 1à 4 ans,
- 5 à 9 ans,
- 10 à 19 ans,
- 20 à 29 ans,
- 30 à 39 ans,
- 40 à 49 ans,
- 50 à 59 ans,
- 60 à 69 ans,
- 70 à 79 ans,
- 80 à 89 ans,
- 90 à 99 ans,
- >99 ans

Pour simplifier la représentation et la lecture des graphiques, nous avons regroupé certaines classes d'âges et écarté celles pour lesquelles le nombre de cas était trop faible pour être étudié statistiquement.

3) Agents responsables des intoxications

Jusqu'alors les agents étaient parfois saisis sous leur nom de spécialité. La première partie de notre travail a consisté à recoder les agents sous forme d'une classification normalisée.

Certains agents existent sous plusieurs dénominations; l'intérêt de la classification ATC est qu'elle utilise la DCI (Dénomination Commune Internationale) ce qui permet de regrouper plusieurs noms de spécialités sous la molécule qu'elles contiennent (ex : Dafalgan®, Efferalgan®, paracétamol Biogaran®…=paracétamol ATC N02BE01). **Annexe H** : exemple de la classification ATC système nerveux

Pour pouvoir exploiter les données extraites de la base de données nous avons du uniformiser les 25052 agents responsables d'intoxication.

Méthodologie employée pour le recodage des agents :

1. Suppression des agents non médicamenteux
2. Transcription en Code CIS (Code Identifiant Spécialité)
3. Croisement avec le tableau des spécialités affsaps (22000 lignes)

Le code ATC (Anatomical Therapeutic Chemical code) est un code en 7 éléments basés sur différents niveaux, ce qui permet d'étudier les différentes classes médicamenteuses (16).

Parfois la spécialité employée dans l'intoxication n'est pas connue mais la classe médicamenteuse l'est (exemple : benzodiazépines…).

Chaque agent responsable d'une intoxication est rapporté au cas et aux données épidémiologiques grâce à un code de dossier unique pour chaque cas.

La totalité des agents responsables représente **25052 agents.**

Après élimination des agents non médicamenteux (alcool, cannabis, produits ménagers, végétaux) **16401 agents** ayant une classe ATC responsables d'intoxications sont retenus.

B) Épidémiologie générale des cas.

1) Circonstances

a) Suicide (conduites suicidaires)

Ici les conduites suicidaires étudiées sont des intoxications médicamenteuses volontaires, c'est-à-dire l'utilisation de médicament(s) dans un but suicidaire.

Cette circonstance d'intoxication représente la majorité des cas décrits avec **8678 cas** décrits sur 8980 cas soit 96,64% des cas. (**Annexe I** Dénombrement des différentes causes d'intoxication au CAPTV de Nancy de 1999 à 2008)

Cette circonstance d'intoxication comporte de nombreux cas ce qui permettra une étude statistique ainsi qu'un suivi de ces intoxications au cours des années.

b) Toxicomanie/addiction

La toxicomanie est une intoxication périodique ou chronique engendrée par la consommation répétée d'une drogue (ici un médicament le plus souvent psychotrope).

Cette circonstance d'intoxication représente 2,04% des cas soit **183 cas.**

c) Mésusage ou surdosage médicamenteux non suicidaire

Cette circonstance d'intoxication est codée dans la base depuis 2006 et répertorie les cas de surdosage ou mésusage médicamenteux non suicidaire.

Une étude de cette classe au cours des années ne sera possible que sur la période où elle est présente.

Le mésusage représente un total de **86 cas** soit moins d'1% des cas de l'étude.

d) Criminel, acte de malveillance

Cette circonstance, présente depuis 2000 dans la base de données, rassemble les utilisations criminelles des médicaments (dans l'intention de nuire à autrui); elle ne comporte que **28 cas.**

e) Avortement

Quatre cas d'intoxications médicamenteuses dans un but abortif ont été décrits en 2003, 2004 et deux en 2008.

f) Soumission chimique

Un seul cas de soumission chimique documenté a été décrit en 2008.

La difficulté pour répertorier ce type de cas réside dans le fait que le toxique est administré à l'insu de la personne intoxiquée, il est donc impossible de connaitre avec précision la spécialité utilisée.

2) Etude des différentes variables toutes circonstances confondues.

a) Age

La moyenne d'âge de la population intoxiquée est de **32,22 ans.**

b) Sexe

La population féminine représente 68,25% des cas étudiés ; la population masculine les 31,75 % restants.

Nos chiffres corroborent les statistiques réalisées sur les hospitalisations pour ingestion de médicaments (17) **(Annexe J** Dénombrement des causes d'hospitalisations à partir de la base de données).

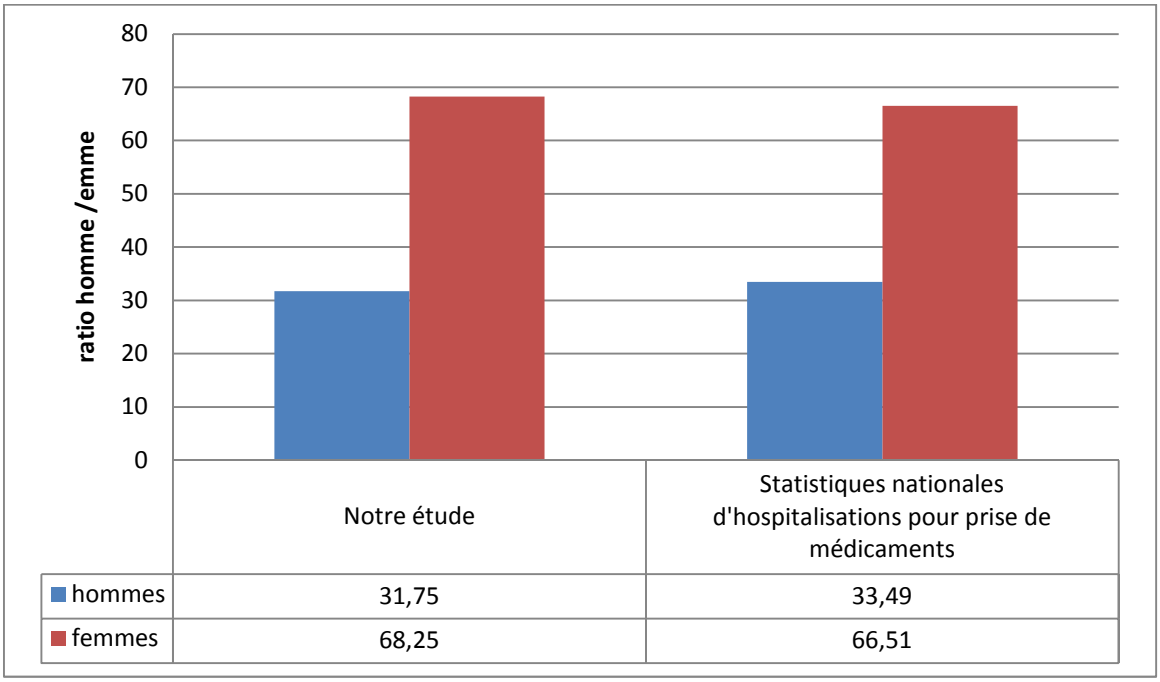


Figure 6 : Comparatif entre les ratios homme/femme de notre étude et ceux des hospitalisations pour ingestion de médicaments

c) Classes d'âge

Sur les 8980 cas répertoriés, il nous manquait l'âge de 404 victimes, nous avons étudié les 8576 cas dont l'âge est connu.

Il ressort de la figure 7 que les classes des 10-19 ans ainsi que des 20-29 ans constituent pratiquement la moitié des cas. Nous avions pointé l'importance de ces classes d'âge dans la figure 3; graphique créé à partir du nombre d'hospitalisations (page 8) (17)

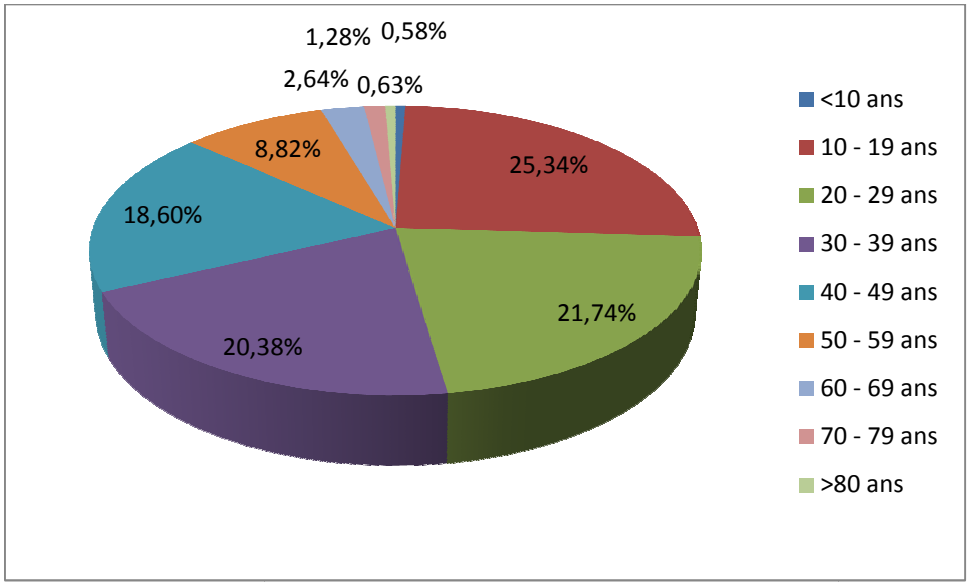


Figure 7 : Répartition des cas dans les différentes classes d'âge

d) Moyennes d'âge en fonction du sexe

La moyenne d'âge de la population masculine est de **33,58 ans** et celles des femmes de **31,59 ans.**

Notre étude montre qu'il y a une plus grande précocité des intoxications médicamenteuses chez la femme.

3) Variation au cours des années

a) Nombre de cas d'IMV rapportés aux nombres d'appels par an au CAPTV

Lorsque nous rapportons le nombre d'intoxications médicamenteuses volontaires au nombre de cas total par année au CAPTV de Nancy, nous observons une diminution de la fréquence de ces intoxications. **(Annexe K** Nombre d'appels au CAPTV de NANCY)

La figure 8 représente la proportion d'IMV par rapport au nombre total d'appels au CAPTV de Nancy.

Ainsi, quand en 2001 environ 20 cas sur 100 représentaient des intoxications par des produits pharmaceutiques, en 2006 et 2007 cette proportion a diminué à moins de 10 cas sur 100.

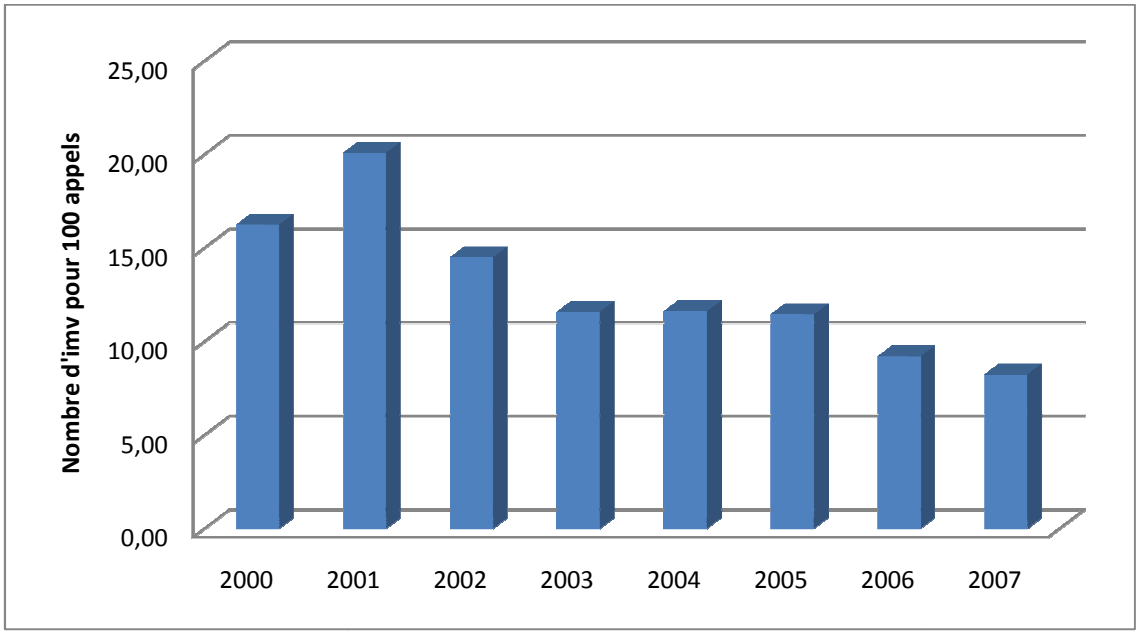


Figure 8 Nombre d'IMV pour 100 cas au CAPTV de Nancy

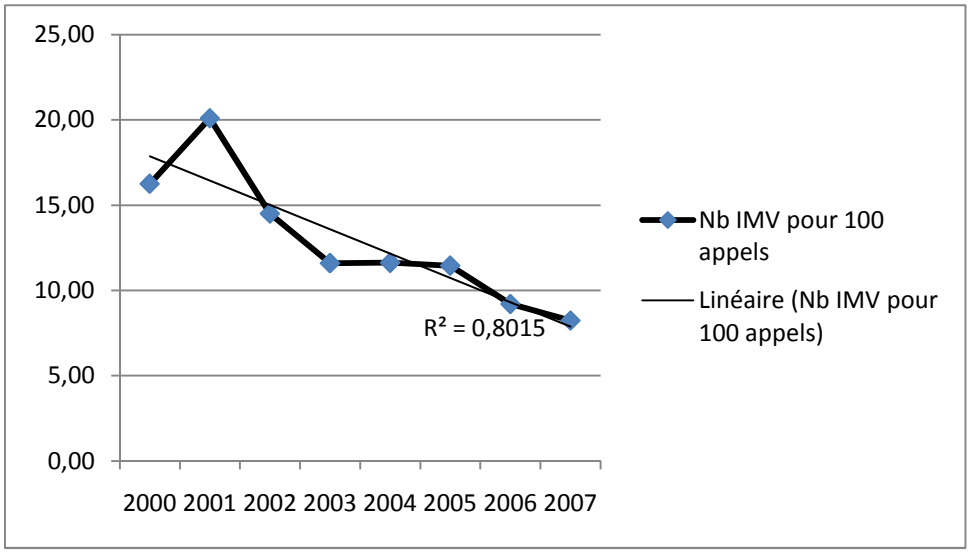


Figure 9 Nombre d'IMV pour 100 cas au CAPTV

Sur cette seconde représentation avec calcul de la linéaire sur les sept années révolues de l'étude, il ressort une diminution de la proportion des IMV sur les appels au CAPTV de Nancy.

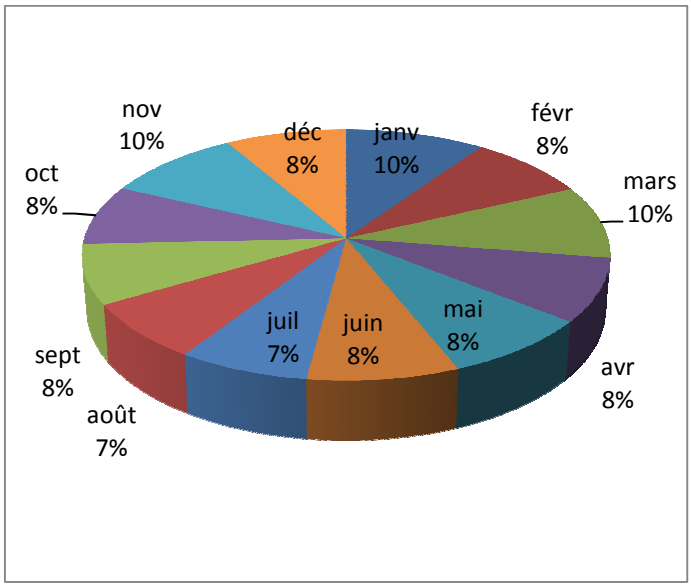
S'agit-il d'une baisse des notifications ou d'une baisse réelle des IMV? Notre étude ne nous permet pas de le démontrer.

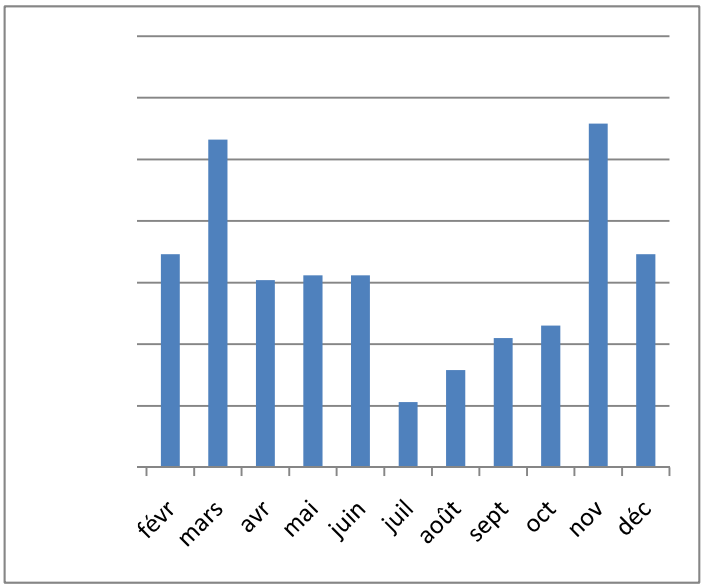
4) Variation au cours d'une année

a) Répartition des cas par mois

En utilisant la date d'appel des cas nous avons réalisé une répartition par mois sur toutes les années de l'étude.

Il en résulte un nombre important des cas d'intoxications durant les mois de janvier, novembre et mars; à l'inverse on dénombre moins d'intoxication pendant la période estivale avec les mois de juillet, août et septembre.





Figures 10 Répartition mensuelle des intoxications en % et en nombre de cas

b) Répartition des cas par jour de la semaine

Les jours où le plus grand nombre d'intoxications est répertorié par le CAPTV sont le dimanche et le lundi; ceux où le moins d'intoxications ont été collectées sont le mercredi, le vendredi et le samedi.

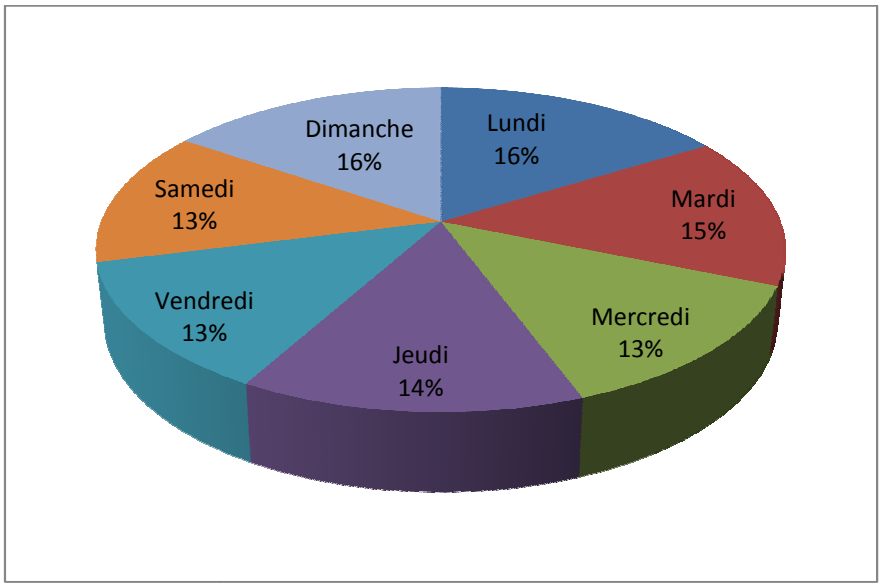


Figure 11 Répartition des appels par jour de la semaine

c) Répartition des cas selon l'heure de l'appel.

Le nombre d'appel reçu est moins important la nuit que le jour.

L'heure où le plus grand nombre d'appel est reçu est aux alentours de 20h.

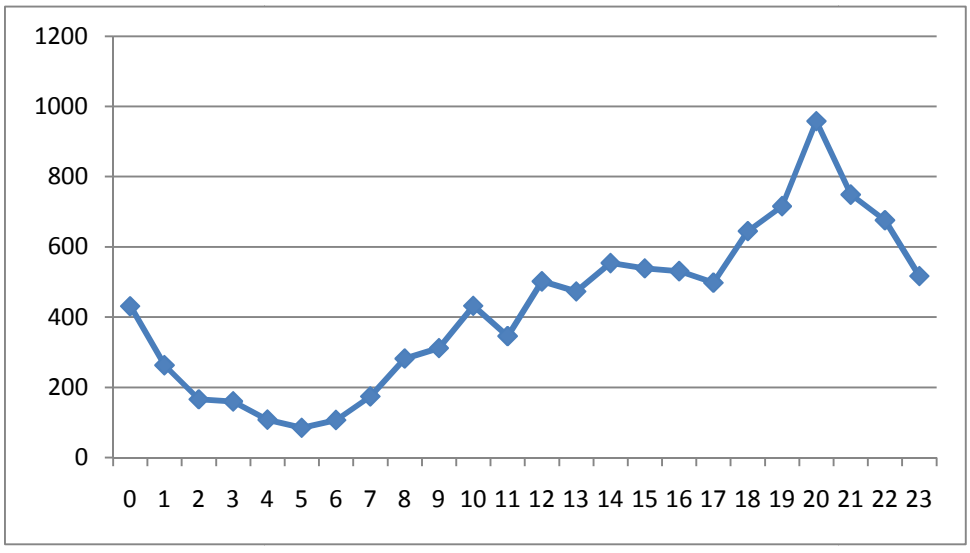


Figure 12 Nombre d'appels par heure toutes années confondues

5) Etude des classes ATC les plus utilisées et comparaison avec les chiffres de vente

Lors du dénombrement des 16401 agents médicamenteux utilisés dans les différents cas, certaines classes médicamenteuses comme les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques sont apparues nettement majoritaires puisqu'elles représentent plus de 50% des molécules utilisées.

Il nous est apparu pertinent de rapporter ces chiffres au nombre d'unités vendues sur la période d'étude afin d'avoir une analyse proportionnelle des classes thérapeutiques.

Depuis 2004 les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés (CNAMTS) répertorient chaque année les chiffres de vente des spécialités par classe ATC.

Ces chiffres concernent les médicaments remboursés par les caisses d'Assurance Maladie et n'incluent donc pas les médicaments achetés sans ordonnance.

Méthodologie :

- Regroupement des chiffres de ventes de l'assurance maladie en fonction du rang de la classification ATC à étudier. **(Annexe L** Exemple du dénombrement des chiffres de vente d'une classe ATC de rang 4 :"dérivés de la benzodiazépine")
- Addition des chiffres sur la période étudiée
- Rapprochement de ces données aux agents utilisés dans les IMV du CAPTV
- Réalisation des graphiques à l'aide de la formule suivante : $\frac{\text{Nombre d'unités utilisées dans les IMV}}{\text{Nombre d'unités vendues}} X 1.000.000$

Nous analyserons le rapport entre les classes ATC employées dans les intoxications de notre étude et leurs ventes comptabilisées par la CNAMTS (18) (19).

a) Etude des classes ATC de rang 2 et des chiffres de vente de 2004 à 2007

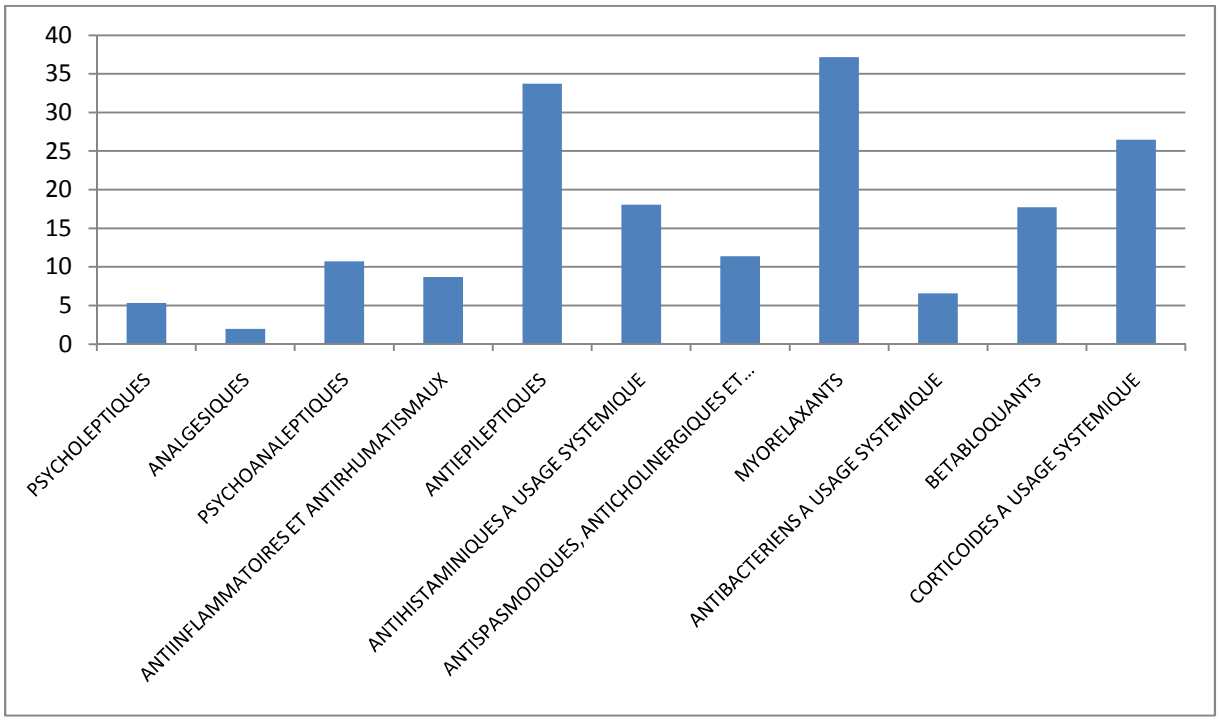


Figure 13 Dénombrement des classes ATC de rang 2 par million d'unités vendues sur les années 2004 à2007

Sur cette figure les classes ATC sont classées en fonction du nombre de cas dans lesquels elles sont présentes.

Les classes ATC de rang 2 dont le rapport $\frac{\text{Nombre d'unités utilisées dans les IMV}}{\text{Nombre d'unités vendues}}$ est le plus important sont les myorelaxants (dont certains sont des benzodiazépines), puis les antiépileptiques.

De ce graphique, il appert que les classes médicamenteuses les plus utilisées dans les IMV de notre étude sont également les plus vendues.

b) Etude des classes ATC de rang 3 et de leurs chiffres de vente de 2004 à 2007

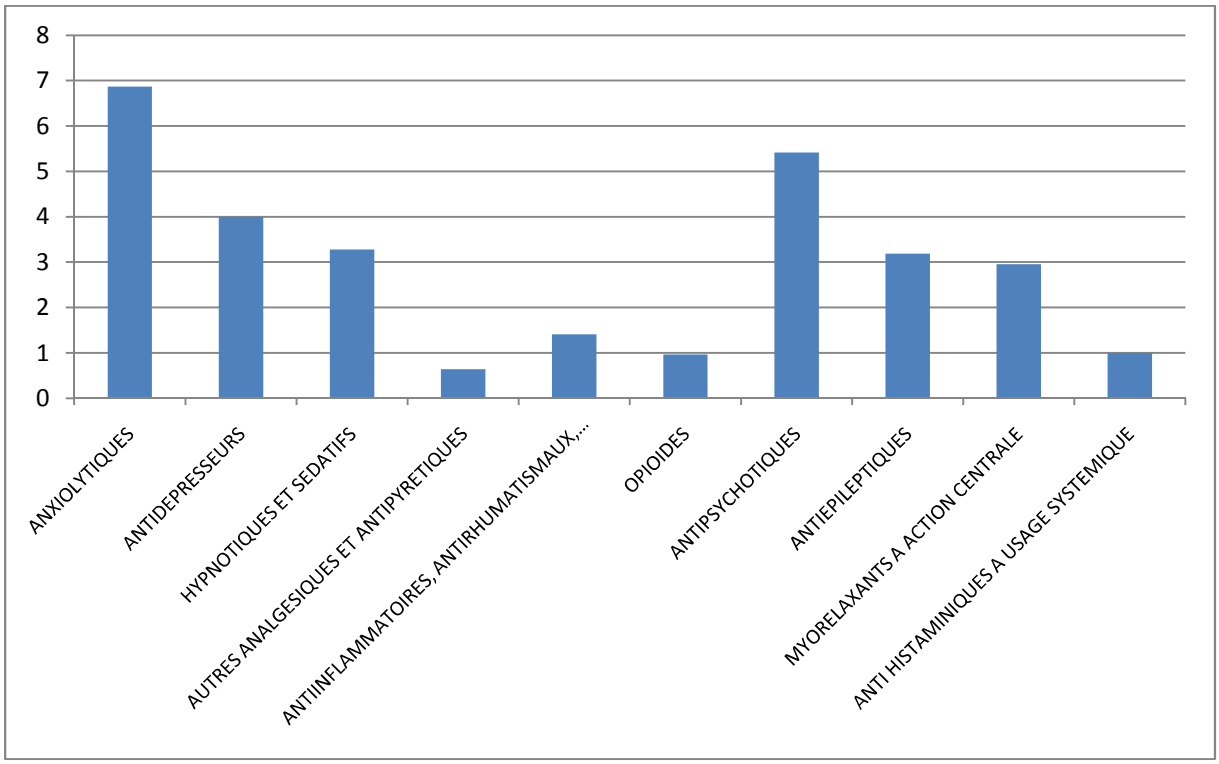


Figure 14 Dénombrement des classes ATC de rang 3 par million d'unités vendues sur les années 2004 à2007

Lors de l'étude du même rapport sur les classes ATC de rang 3 on observe que les classes thérapeutiques dont le rapport $\frac{\text{Nombre d'unités utilisées dans les IMV}}{\text{Nombre d'unités vendues}}$ est le plus important sont les anxiolytiques, les antipsychotiques et les antidépresseurs.

Ce rapport montre quelles sont les classes médicamenteuses les plus souvent employées dans les intoxications médicamenteuses.

Ces classes thérapeutiques doivent également alerter les professionnels de santé chez les personnes à risque suicidaire important.

On note que les anxiolytiques qui sont les plus représentés dans notre étude sont aussi ceux dont le rapport au nombre d'unités vendues est le plus important.

c) Etude des classes ATC de rang 4 et de leurs chiffres de vente de 2004 à 2007

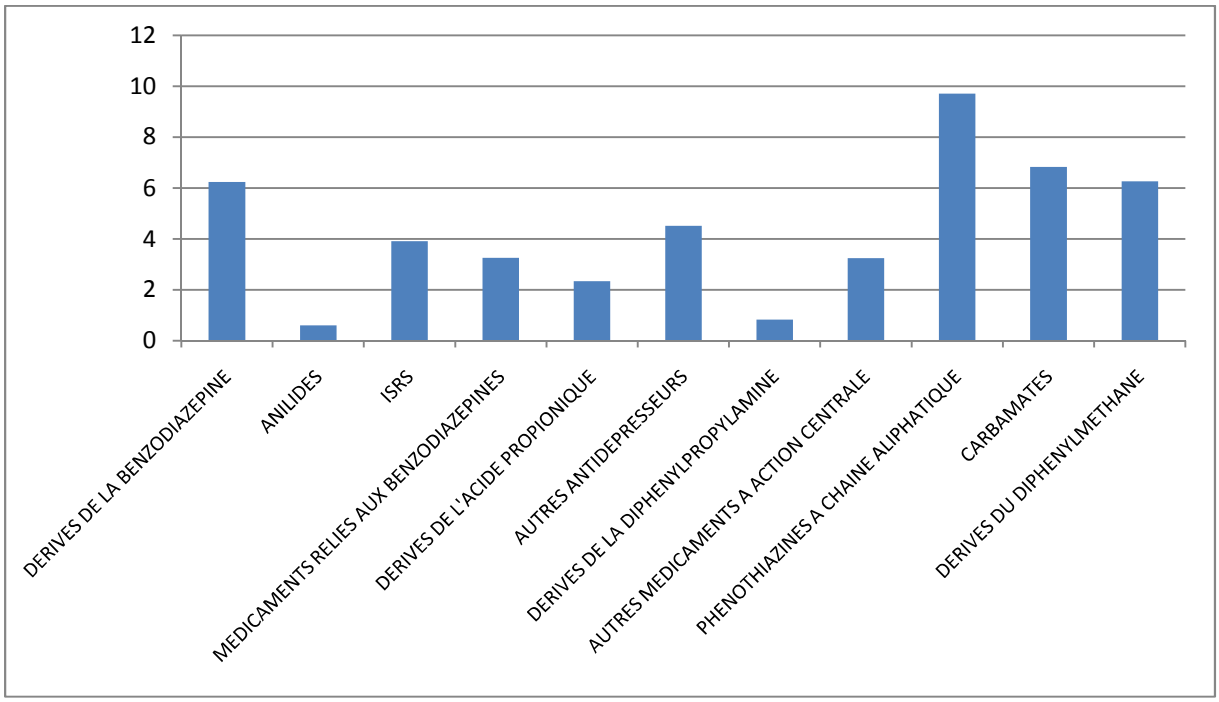


Figure 15 Dénombrement des classes ATC de rang 4 par million d'unités vendues sur les années 2004 à2007

Rapportés aux chiffres de vente, les phénothiazines (neuroleptiques), les carbamates et les dérivés du diphénylméthane (laxatifs) sont les classes ayant le rapport le plus élevé.

Les anilides (paracétamol) sont des médicaments très utilisés dans les IMV, particulièrement dans les cas de mésusage. Cependant le nombre d'unités vendues (790 897 100) sur 4 ans étant très élevé, le rapport obtenu est le plus faible des classes ATC étudiées.

La corrélation des agents utilisés dans nos cas et les chiffres de vente calculés à partir des données de la CNAMTS nous invite à relativiser le classement obtenu lors du dénombrement des agents dans notre étude et à porter plus d'attention aux patients traités par certaines classes thérapeutiques (benzodiazépines, phénothiazines, carbamates…).

C) Etude des différentes circonstances d'intoxication

1) Suicide ou conduites suicidaires

a) Sexe

Les hommes représentent 30,86% des victimes d'intoxication médicamenteuse d'origine suicidaire et les femmes 69,14%. **(Annexe M** exemple d'un dossier du CAP).

Ce ratio est proche de celui calculé sur les chiffres d'hospitalisations pour ingestion de spécialités pharmaceutiques page 26.

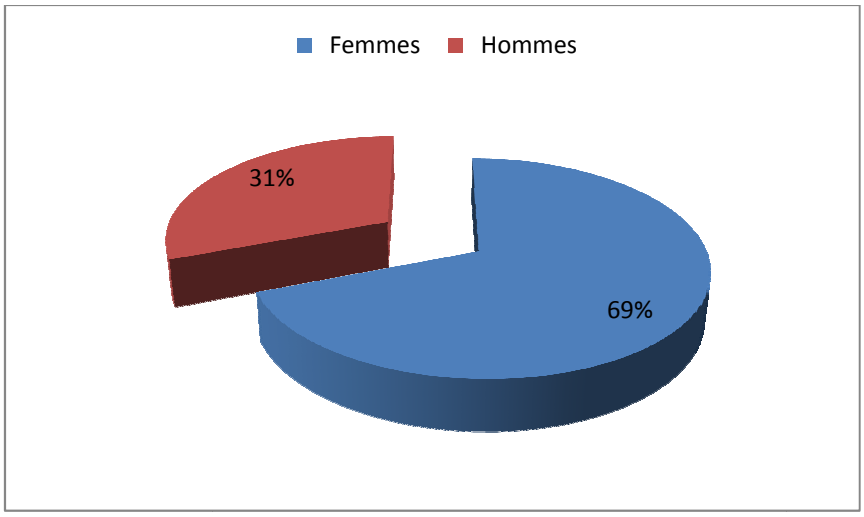


Figure 16 Répartition homme/femme des cas de conduites suicidaires

b) Moyenne d'âge

La moyenne d'âge des conduites suicidaires dans notre étude est de 32,29 ans avec une moyenne d'âge plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Moyenne d'Age	sexe		
	Féminin	**Masculin**	**Total**
Suicide ou conduite suicidaire	31,54	33,97	32,29

Tableau 3 Moyenne d'âge des conduites suicidaires

c) Classes d'âge

- Chez les femmes, les 10-19 ans représentent plus de 30% des cas contre 17% d'hommes, à l'inverse, elles sont beaucoup moins représentées dans les classes d'âge supérieures (20-39 ans).
- A partir de 40 ans les proportions d'intoxiqués dans les populations masculines et féminines sont sensiblement les mêmes.

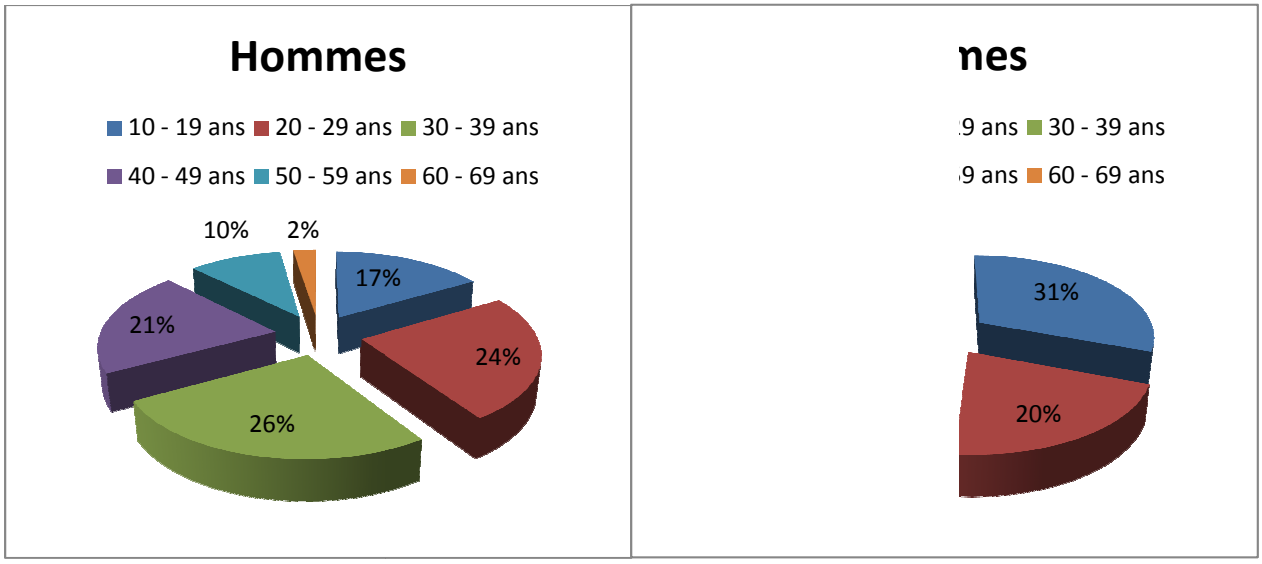


Figure 17 Répartition des classes d'âge par sexe dans les conduites suicidaires

Il résulte de cette étude des classes d'âge des différences significatives entre les populations masculines et féminines pour les IMV d'origines suicidaires.

Dans la population masculine, plus de la moitié des cas sont situés dans la classe des 20-39 ans.

Chez les femmes cette même proportion est retrouvée mais cette fois dans la classe des 10-29 ans.

d) Nombre de molécules utilisées

Le nombre de molécules utilisées lors de l'intoxication est un paramètre important du pronostic lors de la prise en charge.

En effet l'association de plusieurs molécules peut entrainer une potentialisation des effets de chaque médicament ingéré séparément et augmenter leur toxicité.

Pour exemple l'utilisation concomitante de plusieurs benzodiazépines entraine une majoration du risque de détresse respiratoire.

L'ingestion de plusieurs molécules de classes thérapeutiques différentes rend la prise en charge du patient plus complexe. Il est parfois difficile d'identifier la substance mise en cause car la symptomatologie n'est plus le reflet de l'action d'une seule molécule.

Méthodologie :

1. Dénombrement des agents présents dans chaque cas de conduite suicidaire (8543 cas)
2. Classification des cas en fonction du nombre d'agents utilisés

Nombre de spécialités ingérées	1	2	3	4	5	>6
Nombre de cas	4716	2097	1075	439	198	18
% des cas d'intox suicidaires	54,34%	24,16%	12,39%	5,06%	2,28%	1,76%

Tableau 4 Nombre de molécules pharmaceutiques ingérées par cas dans les conduites suicidaires

Dans notre étude, le nombre de molécules pharmaceutiques ingérées oscille entre 1 et 16 .

Dans plus de la moitié des cas une seule spécialité est ingérée; les occurrences dans lesquelles plus de deux médicaments sont pris simultanément représentent moins d'un cas sur quatre.

d) Classes ATC les plus utilisées

d-1) Rang 3

Tous rangs 3 confondus les anxiolytiques arrivent en premier avec plus d'un quart des agents responsables d'intoxications; les trois premières classes de médicaments de rang 3 (anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques) représentent plus de 50% des agents.

La dispensation de médicament appartenant aux classes les plus utilisées dans les IMV nécessite une prescription médicale. Nous étudierons par la suite la législation pharmaceutique qui s'applique à ces médicaments.

La classe des bétabloquants est le groupe le plus utilisé parmi les médicaments à visée cardiovasculaire.

Suicide (Conduite suicidaire)	%	Nb d'agent
Total ATC rang 3	**100,00%**	**15966**
ANXIOLYTIQUES	27,63%	4412
ANTIDEPRESSEURS	12,73%	2032
HYPNOTIQUES ET SEDATIFS	10,83%	1729
AUTRES ANALGESIQUES ET ANTIPYRETIQUES	6,11%	975
ANTIPSYCHOTIQUES	5,56%	887
AINS	5,37%	858
OPIOIDES	4,08%	651
ANTIEPILEPTIQUES	2,98%	476
MYORELAXANTS A ACTION CENTRALE	2,30%	368
ANTIHISTAMINIQUES A USAGE SYSTEMIQUE	1,84%	293
ANTISPASMODIQUES ET ANTICHOLINERGIQUES DE SYNTHESE	1,60%	255
BETABLOQUANTS	1,23%	197
AUTRES	17,74%	2833

Tableau 5 Classes ATC de rang 3 les plus utilisées dans les conduites suicidaires

d-2) Rang 4

Suicide (Conduite suicidaire)	%	Nb d'agent
Total ATC de rang 4	**100,00%**	**15966**
DERIVES DE LA BENZODIAZEPINE	25,69%	4102
ISRS	7,03%	1123
MEDICAMENTS RELIES AUX BENZODIAZEPINES	7,01%	1119
ANILIDES	5,36%	855
DERIVES DE L'ACIDE PROPIONIQUE	4,12%	658
AUTRES ANTIDEPRESSEURS	3,74%	597
PHENOTHIAZINES A CHAINE ALIPHATIQUE	3,05%	487
DERIVES DE LA DIPHENYLPROPYLAMINE	2,46%	393
CARBAMATES	2,19%	350
AUTRES MEDICAMENTS A ACTION CENTRALE	2,17%	346
IMAO	1,86%	297
#N/A (agents dont la classe ATC était renseignée jusqu' ATC3)	1,77%	283
DERIVES DU DIPHENYLMETHANE	1,35%	215

Tableau 6 Classes ATC de rang 4 dans les conduites suicidaires

La classe des **benzodiazépines** représente à elle seule plus d'un quart des spécialités employées dans les intoxications médicamenteuses suicidaires.

La classe des antidépresseurs ISRS représente la deuxième classe en nombre d'agents.

d-3) Rang 5 spécialités les plus employées

Dénomination Commune Internationale	Nom de la spécialité	%des dossiers	Nb d'agent
BROMAZEPAM	LEXOMIL®	7,36%	1175
ALPRAZOLAM	XANAX®	5,48%	875
(spécialités dont la classe ATC5 n'était pas renseignée)		4,55%	727
PARACETAMOL	DOLIPRANE®	4,32%	689
ZOLPIDEM	STILNOX®	3,83%	612
ZOPICLONE	IMOVANE®	3,18%	507
PAROXETINE	DEROXAT®	2,94%	469
CYAMEMAZINE	TERCIAN®	2,76%	440
PRAZEPAM	LYSANXIA®	2,60%	415
CLORAZEPATE POTASSIQUE	TRANXENE®	2,50%	399
DEXTROPROPOXYPHENE EN ASSOCIATION	DIANTALVIC®	2,45%	391
IBUPROFENE	ADVIL®	2,30%	368
FLUOXETINE	PROZAC®	1,81%	289
TETRAZEPAM	MYOLASTAN®	1,60%	256
LORAZEPAM	TEMESTA®	1,58%	252
HYDROXYZINE	ATARAX®	1,32%	210
VENLAFAXINE	EFFEXOR®	1,30%	207
MEPROBAMATE	EQUANIL®	1,15%	184
CITALOPRAM	SEROPRAM®	1,07%	171
MIANSERINE	ATHYMIL®	1,05%	168
MEPROBAMATE EN ASSOCIATION	MEPRONIZINE®	1,03%	165

Tableau 7 Classes ATC de rang 5 dans les conduites suicidaires

Les deux spécialités les plus employées sont le LEXOMIL® et le XANAX®.

Le paracétamol ressort comme étant la troisième molécule identifiée la plus utilisée.

Son importante toxicité hépatique est souvent méconnue du grand public et son usage banalisé d'où sa dangerosité d'autant plus que parmi les dix spécialités les plus retrouvées dans les cas d'intoxication, il est le seul disponible sans prescription médicale.

e) Répartition des classes ATC par classes d'âge

Le but de ces calculs a été de cerner les types médicamenteux utilisés en fonction des classes d'âge.

Classes ATC de rang 1	10 - 19 ans	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	Total général
SYSTEME NERVEUX	55,50%	71,72%	79,66%	79,86%	76,70%	71,29%
MUSCLE ET SQUELETTE (antalgiques)	14,37%	9,47%	6,09%	4,91%	3,15%	8,51%
VOIES DIGESTIVES ET METABOLISME	11,66%	5,21%	3,33%	2,72%	3,15%	5,80%
SYSTEME RESPIRATOIRE	6,73%	4,35%	3,51%	2,76%	2,71%	4,32%
ANTIINFECTIEUX GENERAUX A USAGE SYSTEMIQUE	4,28%	3,26%	1,93%	1,28%	0,66%	2,60%
SYSTEME CARDIOVASCULAIRE	3,20%	2,77%	3,08%	6,12%	10,55%	4,35%
HORMONES SYSTEMIQUES, HORMONES SEXUELLES EXCLUES	1,63%	1,31%	0,93%	0,91%	1,17%	1,22%
SYSTEME GENITO URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES	0,75%	0,46%	0,28%	0,13%	0,29%	0,41%
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	0,62%	0,37%	0,37%	0,57%	1,10%	0,54%
ORGANES SENSORIELS	0,59%	0,49%	0,19%	0,17%	0,22%	0,36%
MEDICAMENTS DERMATOLOGIQUES	0,34%	0,24%	0,25%	0,07%	0,15%	0,22%
ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES	0,23%	0,24%	0,19%	0,20%	0,00%	0,20%
DIVERS	0,10%	0,09%	0,03%	0,07%	0,00%	0,07%
ANTINEOPLASIQUES ET IMMUNOMODULATEURS	0,00%	0,03%	0,16%	0,24%	0,15%	0,10%

Tableau 8 répartition des spécialités employées dans les TS par classe d'âge

- Médicaments du "système nerveux"

Toutes classes d'âge confondues, les médicaments du système nerveux représentent la majorité des spécialités (plus de 70%).

Leur prépondérance dans les intoxications varie de 55% (chez les 10-19 ans) pour atteindre près de 80% (chez les 40-49ans).

D'autre part, les études menées par la CNAM-TS sur les consommations de ces médicaments (notamment psychotropes) confirment que leur utilisation augmente avec l'âge (14).

- Médicaments du "système cardiovasculaire"

Les médicaments du système cardiovasculaire sont présents dans 4.35% des cas d'IMV.

La fréquence de cette classe thérapeutique augmente avec l'âge pour atteindre plus de 10% chez les 50-59 ans, classe d'âge chez laquelle on recense beaucoup de prescriptions.

- Médicaments "muscles et squelette"

Leur proportion représente 14% dans les premières tranches d'âge et décroit avec l'âge.

Cette diminution de la classe des antalgiques, ainsi que l'augmentation des médicaments à visée cardiovasculaire et du système nerveux avec l'âge sont à relier avec les traitements prescrits en fonction de l'âge.

De plus la proportion importante des médicaments "muscles et squelette" (paracétamol, anti-inflammatoires), doit inciter à une vigilance particulière lors de la dispensation de ces médicaments (sans ordonnance) aux patients les plus jeunes.

f) Variation au cours des années

f-1) Ratio homme/femme

Dans l'évolution du ratio homme/femme seules les années révolues seront étudiées c'est-à-dire les années 2000 à 2007.

suicides	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total général
Femmes	69,45%	69,00%	66,64%	66,39%	66,96%	70,50%	69,95%	72,32%	68,88%
Hommes	30,55%	31,00%	33,36%	33,61%	33,04%	29,50%	30,05%	27,68%	31,12%
Total général	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Tableau 9 Ratio homme femme des conduites suicidaires 2000-2007

Au cours des années le ratio homme/femme n'évolue que très peu.

Environ 70% des appels concernent des femmes et 30% des hommes.

f-2) Moyenne d'âge

D'une manière générale les moyennes d'âge des deux sexes diminuent au regard des courbes de tendances linéaires effectuées sur les moyennes d'âges des deux sexes au cours des années.

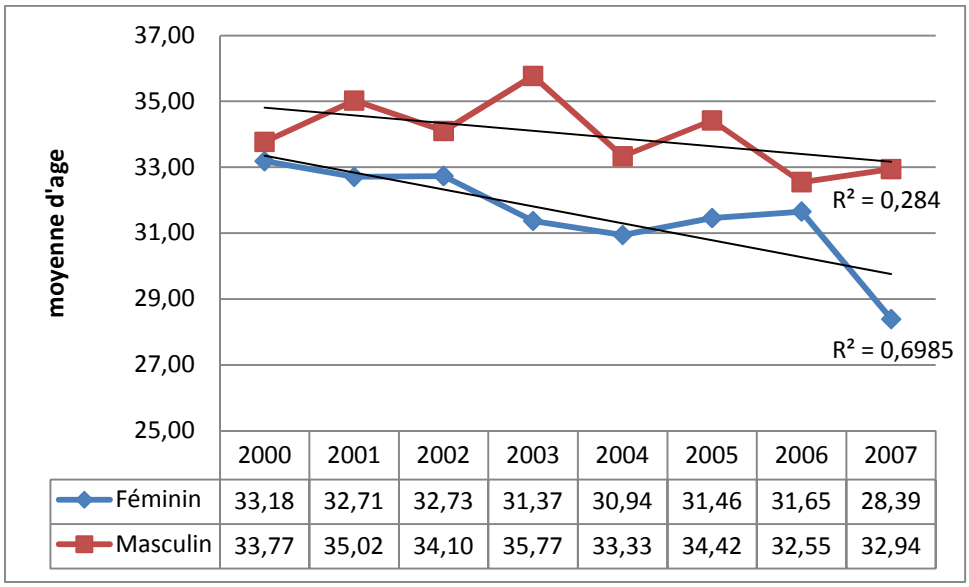


Figure 18 Moyenne d'âge des conduites suicidaires par sexe de 2000 à 2007

f-3) Classes ATC

La figure 19 permet de visualiser l'utilisation des principales classes thérapeutiques dans les IMV au cours des différentes années de l'étude.

- La proportion des principales classes thérapeutiques anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques a tendance à diminuer sur la période d'étude.
- En revanche les antalgiques et les anti-inflammatoires représentent une part de plus en plus importante dans les spécialités employées dans les IMV.

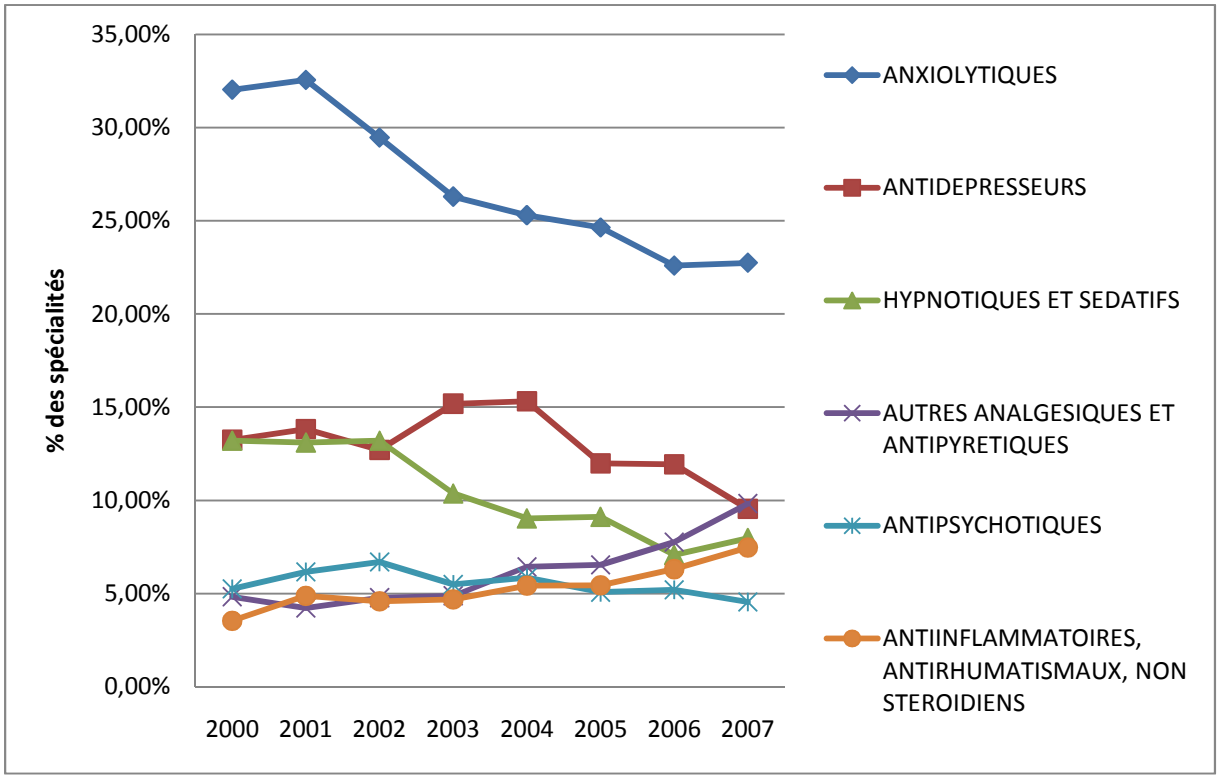


Figure 19 Évolution des principales classes ATC 3 dans les conduites suicidaires

Au regard des statistiques réalisées sur les sept années de notre étude, nous avons noté une évolution des classes thérapeutiques utilisées et pouvons faire les constats suivants :

- Il n'y a **pas d'évolution du ratio homme/femme**; les populations intoxiquées sont toujours majoritairement de sexe féminin.
- La **moyenne d'âge des personnes intoxiquées tend à diminuer** dans les populations aussi bien féminines que masculines.
- Les classes des **anxiolytiques et des hypnotiques** représentent une part de plus en plus faible dans les spécialités employées, en revanche les classes des antalgiques et anti-inflammatoires sont de plus en plus utilisées dans les IMV.
- L'utilisation des médicaments dans les IMV serait en relation avec les traitements comme le souligne l'augmentation de l'utilisation des médicaments à visée cardiovasculaire avec l'âge.
- Les **antalgiques et les anti-inflammatoires sont de plus en plus utilisés** dans les IMV, cette tendance serait peut-être à mettre en relation avec la diminution de la moyenne d'âge des suicidants dans notre étude.

2) Toxicomanie/addiction

a) Sexe

A l'inverse des conduites suicidaires, les cas d'intoxications médicamenteuses dans un but de toxicomanie sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Ainsi sur les 183 cas 67,76% des cas sont des hommes et 32,24% sont des femmes.

b) Moyenne d'âge

La moyenne d'âge des cas de toxicomanie est de 29.43 ans. Cette moyenne d'âge est inférieure à la moyenne d'âge générale des cas qui est de 32.22 ans.

La toxicomanie touche donc des populations globalement plus jeunes.

On remarque également qu'à l'inverse des autres circonstances d'intoxication, les hommes sont en moyenne plus jeunes que les femmes.

	Femmes	Hommes	Hommes +Femmes
Moyenne d'âge (en années)	30,36	29,00	29,43

Tableau 10 Moyenne d'âge par sexe dans les cas de toxicomanie

c) Classes d'âge

Dans la population masculine la classe d'âge la plus représentée est de loin celle des 20-29 ans qui totalise à elle seule plus de la moitié des cas de toxicomanie.

Dans la population féminine la classe d'âge des 20-29 ans est également la plus représentée mais la proportion des cas d'âge supérieur à 40 ans est plus importante que chez les hommes.

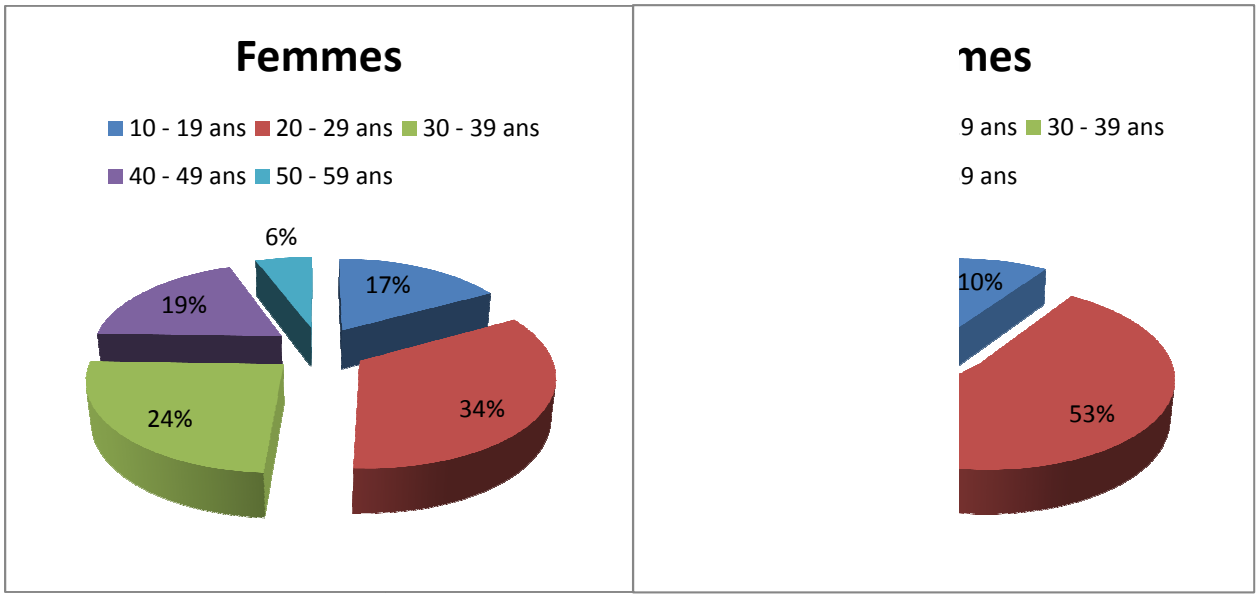


Figure 20 répartition des cas de toxicomanie par classes d'âge et par sexe.

d) Nombre de molécules utilisées

Dans la majorité des cas une ou deux spécialités sont ingérées. En effet, le but est de ressentir les effets de ces substances le plus souvent psycho-actives et non de nuire à soi même comme dans les intoxications à visées suicidaires.

Nombre de spécialités ingérées	1	2	3	4	5	>6 (9 spé)
Nombre de cas	113	45	19	3	2	1
% des cas de toxicomanie	61.75%	24,59%	10,38%	1,64%	1,09%	0,55%

Tableau 11 Nombre de molécules pharmaceutiques ingérées par cas dans les cas de toxicomanie

e) Classes ATC les plus utilisées

e-1) Rang 3

La majorité des spécialités employées dans les intoxications à des fins de toxicomanie sont des substances psychoactives, principalement psycholeptiques.

On note ici l'importance des opioïdes et des médicaments indiqués dans les désordres toxicomanogènes.

Circonstance d'intoxication : Toxicomanie / Addiction	% de la classe ATC 3	Nb d'agents
Nom des classes ATC de rang 3	**100,00%**	**291**
ANXIOLYTIQUES	30,93%	90
OPIOIDES	27,49%	80
HYPNOTIQUES ET SEDATIFS	11,34%	33
MEDICAMENTS DU SEVRAGE	5,50%	16
ANTIPSYCHOTIQUES	5,50%	16
ANTIDEPRESSEURS	4,12%	12
AUTRES ANALGESIQUES	2,41%	7
ANTIHISTAMINIQUES A USAGE SYSTEMIQUE	2,41%	7
PSYCHOSTIMULANTS ET NOOTROPIQUES	1,37%	4
AUTRES	8,93%	26

Tableau 12 Classes ATC de rang 3 dans les cas de toxicomanie

e-2) Rang 4

Toxicomanie / Addiction	% de la classe ATC 4	Nb d'agents
Nom des classes ATC de rang 4	**100,00%**	**291**
DERIVES DE LA BENZODIAZEPINE	28,87%	84
DERIVES DE L'ORIPAVINE	16,15%	47
ALCALOIDES NATURELS DE L'OPIUM	8,93%	26
MEDICAMENTS RELIES AUX BENZODIAZEPINES	7,90%	23
MEDICAMENTS UTILISES DANS LA DEPENDANCE OPIOIDE	4,47%	13
PHENOTHIAZINES A CHAINE ALIPHATIQUE	4,12%	12
CARBAMATES	3,44%	10
ANILIDES	2,41%	7
ISRS	2,06%	6
AUTRES OPIOIDES	1,72%	5
DERIVES DE LA PHENOTHIAZINE	1,72%	5
SYMPATHOMIMETIQUES D'ACTION CENTRALE	1,37%	4
AUTRES CLASSES	16,84%	49

Tableau 13 Classes ATC de rang 4 dans les cas de toxicomanie

La classe thérapeutique des **benzodiazépines** toutes spécialités confondues représente 28.87% des agents utilisés dans les cas de toxicomanie; vient ensuite la **buprénorphine** (le principal traitement de substitution aux opiacés), suivi des **opiacés** eux mêmes.

e-3) Rang 5 spécialités les plus employées dans les cas de toxicomanie

Les molécules les plus utilisées dans les cas de toxicomanie sont tous des psycholeptiques. On retrouve en tête de file les traitements substitutifs, les opiacés et les benzodiazépines.

DCI	Nom de la spécialité	% des dossiers	Nb d'agent
Toxicomanie / Addiction		**100,00%**	**291**
BUPRENORPHINE	SUBUTEX®	16,15%	47
CLORAZEPATE POTASSIQUE	TRANXENE®	11,34%	33
MORPHINE	SKENAN®	8,59%	25
(spécialités dont la classe ATC5 n'était pas renseignée)		5,50%	16
METHADONE	METHADONE®	4,47%	13
DIAZEPAM	VALIUM®	4,47%	13
CYAMEMAZINE	TERCIAN®	4,12%	12
ZOLPIDEM	STILNOX®	4,12%	12
BROMAZEPAM	LEXOMIL®	3,78%	11
ZOPICLONE	IMOVANE®	3,78%	11
ALPRAZOLAM	XANAX®	3,44%	10
MEPROBAMATE	EQUANIL®	3,09%	9
PARACETAMOL +psycholeptique		1,72%	5
PRAZEPAM	LYSANXIA®	1,72%	5
FLUNITRAZEPAM	ROHYPNOL®	1,37%	4
ALIMEMAZINE	THERALENE®	1,37%	4
HYDROXYZINE	ATARAX®	1,37%	4
PAROXETINE	DEROXAT®	1,03%	3
PARACETAMOL	DOLIPRANE®	0,69%	2
NALTREXONE	NALOREX®	0,69%	2
CETIRIZINE	ZYRTEC®	0,69%	2

Tableau 14 Classes ATC de rang 5 dans les cas de toxicomanie

f) Variation au cours des années

f-1)Ratio homme/femme

Le faible nombre de cas ne permet pas d'étudier une telle évolution au cours du temps.

f-2)Moyenne d'âge

La moyenne d'âge n'évolue pas au cours des années mais fluctue.

f-3)Classes ATC

Le faible nombre de cas et donc d'agents responsables ne permet pas une étude statistique de l'évolution des classes ATC utilisées dans les cas de toxicomanie.

3) Mésusage ou surdosage médicamenteux non suicidaire

Les cas classés comme mésusage sont peu nombreux, cette classe est apparue dans la base en 2006.

Cette classe comprend un cas en 2006, 17 cas en 2007 et 55 cas sur la partie de 2008 étudiée, soit 73 cas au total.

a) Sexe

Sur les 73 cas 25 sont des hommes (34,25%) et 48 sont des femmes (65,75%).

b) Moyenne d'âge

La moyenne d'âge des cas est de 34,01 ans.

La moyenne d'âge des hommes est de 23,68 ans et celle des femmes est nettement supérieure avec 39,40 ans.

c) Classes d'âge

Les classes d'âge les plus touchées par les mésusages et erreurs médicamenteuses sont les 20-29 ans, les 01-04 ans et les 60-69 ans.

Les jeunes enfants ainsi que les personnes plus âgées sont donc touchés par les intoxications accidentelles.

d) Nombre de molécules utilisées

Dans la majorité des cas d'intoxication par mésusage médicamenteux une seule spécialité est ingérée, en effet l'intoxication n'est pas réalisée dans un but de se nuire ou de nuire à autrui.

Nombre de spécialités ingérées	1	2	3	4	>6
Nombre de cas	61	9	1	2	0
% des cas de mésusage	83.56%	12.33%	1.37%	2.74%	0

Tableau 15 Nombre de molécules pharmaceutiques ingérées par cas dans les cas de mésusage

e) Classes ATC les plus utilisées

Les classes ATC les plus souvent utilisées lors de mésusages médicamenteux dans notre étude sont les antalgiques avec comme molécule la plus employée le paracétamol suivi d'anxiolytiques, d'antihistaminiques et d'anti-inflammatoires .

Les antalgiques de pallier 1 ou 2 sont particulièrement représentés.

Malgré le petit nombre de cas exploitables dans cette étude, la molécule la plus utilisée est le paracétamol (seul ou en association) dans 17 des 89 agents responsables d'intoxication.

Les résultats de notre travail sur cette circonstance montrent que le mésusage touche des populations fragiles (**jeunes enfants et personnes âgées**).

Il aurait été intéressant d'étudier cette circonstance et son évolution au cours des années et sur un plus grand échantillon.

D'autre part on peut supposer que ces intoxications pourraient être diminuées par l'intervention des différents professionnels de santé par des **moyens d'éducation thérapeutique et de prévention.**

4) Criminel, acte de malveillance

Les intoxications médicamenteuses volontaires d'origines criminelles représentent 33 cas sur toute la durée de l'étude soit entre un et huit cas par an.

Parfois des dosages sanguins ne peuvent pas être réalisés (cas d'une personne droguée à l'étranger) et la demi-vie des principes actifs dans l'organisme ne permet pas d'identifier la substance avant son élimination.

Sur les 31 cas, 21 sont des hommes et dix sont des femmes.

Toutes les classes d'âge sont concernées et la moyenne d'âge des cas est de 32 ans, 40 ans pour les femmes et 19.9 ans pour les hommes.

5) Avortement

Cinq cas d'intoxications dans un but abortif ont été décrits entre 2003 et 2008.

Ces femmes ont essayé d'avorter avec des médicaments, dans trois des cinq cas il s'agissait de pilules contraceptives, dans un cas de misoprostol et dans le dernier cas de chloroquine.

6) Soumission chimique

Un seul cas de soumission chimique est avéré dans cette étude.

Le plus souvent il est difficile de connaitre les spécialités employées car les médicaments sont administrés à l'insu de la victime de l'intoxication.

III) Prise en charge des patients? Prescription ou dispensation.

L'analyse des différents cas d'intoxications au CAPTV de Nancy a mis en avant les problématiques suivantes :

- La population française accuse une forte consommation de médicaments en particuliers psychotropes, médicaments impliqués dans les IMV.
  Cela nous amène à nous poser les questions suivantes : où et comment les patients se procurent-ils les médicaments qu'ils utilisent dans les IMV?
- La prise en charge des suicidants a-t-elle été suffisante à tous les niveaux de la chaine de soins?
    - Consultation médicale par le médecin généraliste ou un spécialiste
    - dispensation des produits par le pharmacien d'officine
- La formation des professionnels de santé sur la prise en charge des pathologies psychiatriques est-elle suffisante?
- La iatrogénie médicamenteuse et le mésusage peuvent-ils être diminués par une information et des mesures préventives plus adaptées?
- L'achat des médicaments en libre accès dans les pharmacies et la possible arrivée des médicaments sur internet et en grande surface ne constituent-t-ils pas un risque supplémentaire?

A) Le rôle de la médecine générale dans le diagnostic des pathologies psychiques et la prescription de médicaments psychotropes.

Selon les études des prescriptions réalisées par les caisses d'assurance maladie, une grande partie des patients consommateurs de médicaments impliqués dans les intoxications de l'étude au CAPTV de Nancy sont traités par leur médecin généraliste.

"plus de 80 % des prescriptions sont le fait de médecins généralistes." (14)

1) Diagnostic de la crise suicidaire en médecine générale

Les médecins généralistes sont quotidiennement confrontés à la prise en charge de patients en quête de mieux être psychique ou affectés de pathologies psychiatriques.

Par ailleurs, le repérage par le médecin généraliste de la crise suicidaire est difficile; c'est pourquoi des recommandations ont été formulées lors d'une conférence de consensus en 2000 de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) sur la crise suicidaire et la médecine générale.

Environ 60% à 70% des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, 36% l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte.
L'incidence des crises suicidaires dans les consultations représente un cas sur 5 000 actes en moyenne.

Le diagnostic et la prise en charge précoces de la crise suicidaire seraient une piste en vue de prévenir les intoxications médicamenteuses d'origine suicidaire.

Voici les cinq points cités par l'ANAES afin de prévenir les tentatives de suicide :

- Une écoute de l'entourage.
- Ne pas hésiter à poser la question en consultation afin de définir des signes de vulnérabilité.
- Évaluer le danger et l'urgence, la présence d'éléments létaux à disposition (notamment les médicaments) et la qualité du soutien de l'entourage.
- La prise en charge psychiatrique doit être envisagée devant toute crise suicidaire majeure ou grave, l'hospitalisation dans le but de protéger le patient peut être envisagée.
- Un suivi important doit être mis en place pendant la première année suivant la crise (20).

Dans le cadre de leur activité, les professionnels de santé (aides soignants, infirmiers, pharmaciens...) peuvent déceler des souffrances et alerter le médecin traitant afin qu'il puisse poser le diagnostic.

2) Formation médicale continue

Une étude de la DREES menée en 2008 a évalué les pratiques médicales dans 5 régions (21):

Il en ressort que les bonnes pratiques dans le cadre de la dépression sont connues par environ deux tiers des médecins généralistes et appliquées par la moitié d'entre eux.

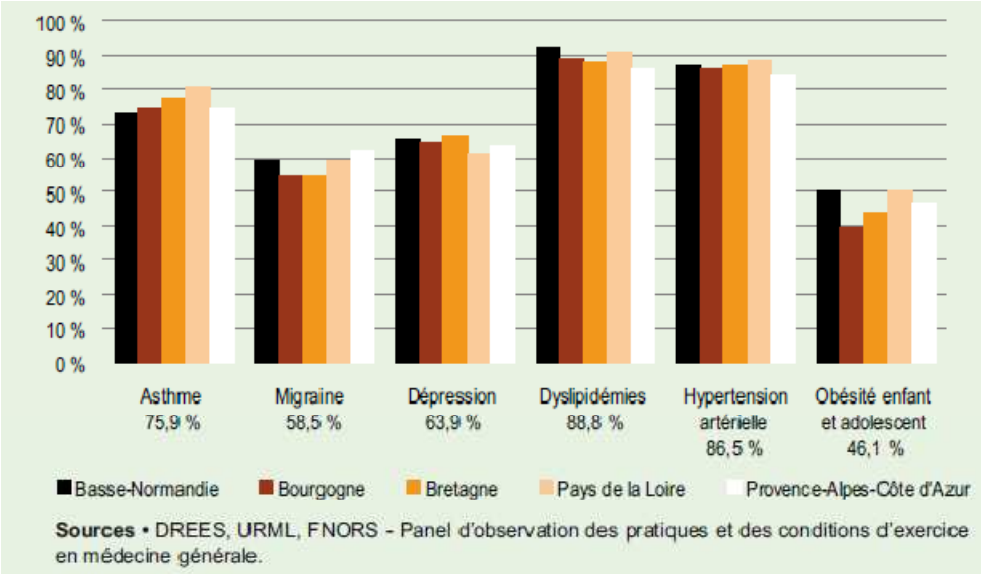


Figure 21 Proportion de médecins déclarant connaître les recommandations de bonne pratique

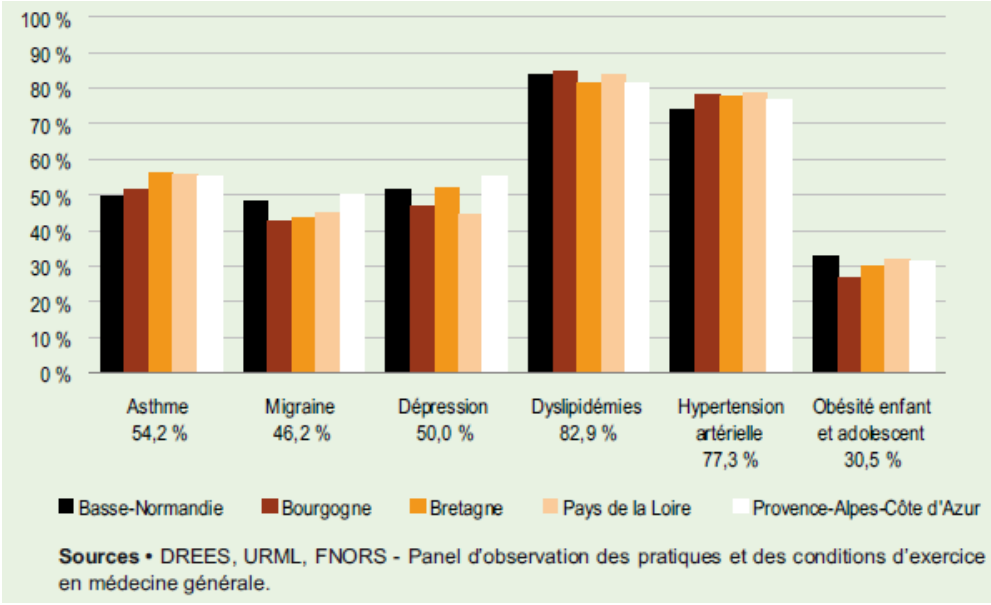


Figure 22 Proportion de médecins déclarant utiliser les recommandations de bonne pratique

Le devoir déontologique qu'ont les médecins de se former et d'évaluer leurs pratiques est devenu obligation légale en 1996 pour la formation médicale continue (FMC) [ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996] et en 2004 pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [loi n° 2004-810 du 13 août 2004, définie par le décret du 14 avril 2005].

La réalité est tout autre, tant dans la mise en place sur le terrain que dans l'adhésion des médecins aux règles de bonnes pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles bien qu'obligatoire depuis 2004 n'est réalisée que dans 30 a 40% des cas.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire du 21 juillet 2009 réaffirme le caractère obligatoire de la Formation Médicale Continue (FMC) et étend le dispositif aux autres professions de santé.

Plusieurs pistes ont été étudiées afin d'améliorer la prise en charge des patients et la prescription de médicaments psychotropes.

- Promouvoir un meilleur usage du médicament.

La formation initiale et continue des médecins notamment sur les pathologies et les médicaments à usage psychiatrique (les médicaments les plus utilisés dans les IMV au CAPTV de Nancy) pourrait-elle faire diminuer les intoxications médicamenteuses?

Les recommandations de bonnes pratiques de prescriptions sont-elles suffisamment diffusées et appliquées?

- Améliorer la prise en charge des patients ayant une santé mentale fragile.

Un diagnostic fiable des pathologies psychiatriques est-il possible dans l'activité de médecine générale? L'orientation des patients vers une consultation psychiatrique est-elle suffisamment proposée? La psychiatrie a-t-elle la capacité de prendre en charge ces patients actuellement suivis par leur médecin généraliste?

B) Accessibilité aux médicaments et prescriptions médicamenteuses.

La majeure partie des médicaments utilisés dans les IMV prises en compte dans notre étude sont des médicaments disponibles uniquement sur prescription médicale. Néanmoins, dans certaines circonstances comme le mésusage on **retrouve des molécules disponibles en vente libre** (comme les antalgiques de palier 1 et certains anti-inflammatoires).

Nous aborderons dans cette partie d'une part les moyens d'accès aux médicaments sans ordonnance et d'autre part l'étude des prescriptions médicales.

1) Accès aux médicaments sans prescription

a) Dispensation en officine

En France la vente de médicaments est soumise au monopole pharmaceutique et a lieu dans les 23 000 officines réparties sur le territoire.

On appelle automédication le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicament(s) de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin (22).

Parmi les molécules les plus utilisées dans les intoxications médicamenteuses volontaires au centre antipoison de Nancy, deux molécules appartiennent aux médicaments de prescription médicale facultative (paracétamol et ibuprofène).

Le marché des spécialités de PMF non remboursables délivrées sans ordonnance représentent 17% du marché pharmaceutique en unités.

La France est le pays où la part de l'automédication dans le marché total est la plus faible.

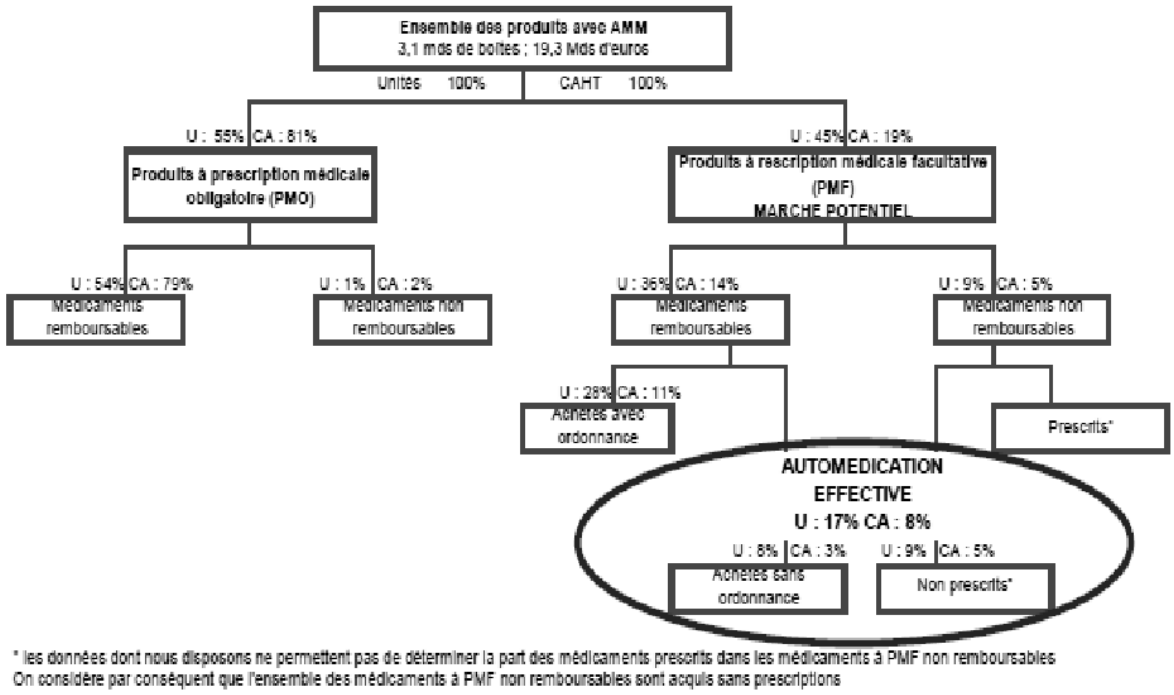


Figure 23 Poids des PMF dans le marché total en France

L'automédication en France ne représente qu'une petite partie du marché total mais ce marché va certainement évoluer dans les années à venir (sortie de listes, déremboursements...).

La majorité des médicaments utilisés dans les IMV ne sont disponibles que sur présentation d'une prescription, cependant la vigilance du pharmacien doit être présente sur les spécialités de PMF.

Le conseil pharmaceutique doit être maintenu et même amélioré par :

- L'optimisation au cours des études de pharmacie de l'enseignement de la pharmacie clinique;
- Le développement des actions de formation continue dans les domaines thérapeutiques reconnus comme relevant de l'automédication.

b) Achat sur Internet

Alertée par la croissance des achats sur internet, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a publié en 2006 une mise en garde destinée aux internautes. Il nous semble pertinent d'en rapporter les points principaux :

- De nombreux sites Internet proposent la vente en ligne de médicaments.
- Certains d'entre eux proposent de fournir **sans ordonnance** des substances qui ne peuvent légalement être délivrées que sur prescription médicale.
- L'achat sur Internet d'un médicament, normalement obtenu sur prescription médicale, favorise le risque de mauvais usage.
  Ce médicament n'est pas forcément adapté, il peut être contre-indiqué ou provoquer des interactions médicamenteuses dangereuses pour la santé.

- Les médicaments achetés sur Internet, même lorsqu'ils sont proposés sous un nom connu déjà commercialisé (spécialités pharmaceutiques ou génériques), ne sont pas toujours ceux qui ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché.
- Les circuits de distribution utilisés pour la vente de médicaments sur Internet ne font pas partie, en règle générale, de la chaîne pharmaceutique régulièrement contrôlée par les autorités sanitaires.

"Le patient s'expose à recevoir des médicaments contrefaits ou de qualité inférieure" (23).

Depuis quelques mois le gouvernement étudie l'éventualité d'encadrer une possible vente de médicaments sur internet pour se mettre en accord avec une jurisprudence européenne, qui autorise la vente sur internet de médicaments sans ordonnance (cas d'une pharmacie aux Pays-Bas).

Plusieurs problématiques sont d'ores et déjà ressorties des réunions de travail (contrefaçon, conseil insuffisant...)

Ce débat nous concerne dans la mesure où nous avons démontré que dans les cas d'intoxication certains agents médicamenteux ne nécessitaient pas de prescription médicale. La dispensation de ces médicaments en officine représentait jusqu'alors la dernière

vérification possible de l'indication et du bon usage de ces spécialités. La vente par internet, en supprimant ce maillon informatif, ne risque-t-elle pas de faire augmenter les intoxications médicamenteuses?

c) Pharmacie familiale

Selon certaines études, 15% des consommations de psychotropes chez les adolescents se feraient à partir de la pharmacie familiale (24).

Il est important d'informer lors de la dispensation le détenteur de la prescription des risques encourus par la famille ou par une autre personne pour qui la prescription n'a pas été rédigée.

La "pharmacie familiale" représente également un risque de mésusage pour les jeunes enfants et les intoxications accidentelles. Ces accidents pourraient être facilement parés par des mesures préventives comme la mise sous clefs des médicaments au domicile.

2) Dispensation de médicaments sur prescription médicale

a) Prescription des psychotropes par les médecins généralistes

Le rapport de l'OPEPS (Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé) a mis en évidence la prépondérance de la médecine générale dans la prescription de médicaments psychotropes et en a listé les risques :

- Risques liés au défaut de diagnostic spécialisé, face à des pathologies dont l'identification est parfois difficile à faire (traitements antidépresseurs).
  En effet cette étude montre que seul un quart des patients dépressifs a bénéficié d'un traitement par antidépresseurs.
- Risques liés aux modalités d'emploi des médicaments (prescriptions de plusieurs types de psychotropes ne respectant pas les Références Médicales Opposables), des médicaments susceptibles de se retrouver dans les intoxications médicamenteuses.
- Risques d'installation d'un traitement chronique, faute de pouvoir traiter les causes des troubles. Les psychotropes ne sont en effet que des traitements symptomatiques et ne traitent pas les causes du trouble psychique (14).

La collaboration entre médecins et pharmaciens est le plus souvent limitée et il est rare que le pharmacien qui délivre soit en possession des informations sur l'état physiopathologique du patient.

Ce manque de collaboration entre les professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers, aides à domicile...) ne permet pas une bonne prise en charge pluridisciplinaire du patient nécessaire à la prévention des IMV.

b) Références Médicales Opposables et bonnes pratiques de prescriptions

c-1) Anxiolytiques et hypnotiques

Les études réalisées par les caisses d'assurance maladie montrent que dans beaucoup de cas les bonnes pratiques de prescriptions ne sont pas respectées par tous les médecins.

	La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une **analyse soigneuse de la situation clinique**, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée. **Elle doit être régulièrement réévaluée et tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence et de l'arrêté du 7 Octobre 1991.** **Un traitement de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement.** Dans le cadre de cette prescription:
01	Il n'y a pas lieu, dans le **traitement de l'anxiété**, **d'associer deux anxiolytiques** (benzodiazopine ou autre).
02	Il n'y a pas lieu **d'associer, deux hypnotiques**.
03	Il n'y a pas lieu de prescrire des **anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires** (incluant la période de sevrage) **et de les reconduire sans réévaluation régulière**. Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder: 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques, 2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le Triazolam).
04	Il n'y a pas lieu de prescrire un **anxiolytique ou un hypnotique sans débuter par la posologie la plus faible**, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.
~~05~~	~~Il n'y a pas lieu de **reconduire systématiquement et sans réévaluation, une prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique**~~. **SUPPRIMEE**

Tableau 16 Références médicales opposables concernant les hypnotiques et les anxiolytiques

Dans l'intérêt de la santé publique on peux s'interroger sur la suppression de cette dernière recommandation.

c-2) Antidépresseurs

	Le traitement médicamenteux d'un patient déprimé, n'est qu'un aspect de sa prise en charge, qui comporte d'autres mesures thérapeutiques (psychothérapies interpersonnelles, psychothérapies comportementales,..) et la prise en compte de facteurs sociaux. **Sont exclus de ce thème: les troubles paniques avec ou sans agoraphobie, les troubles obsessionnels compulsifs, l'énurésie de l'enfant, les algies rebelles.**
01	Il n'y a pas lieu **d'associer systématiquement en début de traitement à un antidépresseur:** o Un anxiolytique ou o Un hypnotique ou o Un thymo-régulateur ou o Un neuroleptique. Si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, du risque de levée d'inhibition, justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée.
02	Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention **plus d'un antidépresseur à doses antidépressives**, lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.
03	Il n'y a pas lieu de poursuivre, sans le réévaluer un **traitement antidépresseur plus de 6 mois, après l'obtention de la rémission complète** de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs caractérisés récurrents et rapprochés.

Tableau 17 Références Médicales Opposables concernant les antidépresseurs

La prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé réellement dépressif est souvent insuffisante en terme de mise sous traitement, de dose ou de durée, ce qui augmente le risque suicidaire (1700 morts par an par suicide chez les plus de 75 ans en France) (25).

Compte tenu des règles de prescription et de dispensation en France, on peut penser que la **majorité des cas d'intoxications** sont réalisés avec des médicaments prescrits.

Un suivi particulier des personnes dépressives et anxieuses apparait très important; les médecins généralistes font face au quotidien à ce type de patients mais ont-ils tous le temps et les outils nécessaires pour prendre ce type de patient en charge ou bien cela relève-t-il de la psychiatrie?

C) Pharmacie d'officine et dispensation des médicaments

La dispensation des médicaments en pharmacie d'officine constitue la dernière **vérification de la prescription médicale.** Des outils sont mis à la disposition du pharmacien afin de mener à bien cette mission de santé publique.

Cette expertise pharmaceutique s'avère parfois imparfaite pour différentes raisons.

Nous essayerons dans cette partie de voir par quelles mesures le pharmacien d'officine pourrait prévenir et diminuer les cas d'intoxications médicamenteuses et la iatrogénie.

1) Le dossier pharmaceutique, un outil contre la iatrogénie médicamenteuse

Prévu par une loi du 30 janvier 2007, le Dossier Pharmaceutique (DP) va constituer un nouvel outil majeur pour l'officine. Cette initiative de l'ordre des pharmaciens est destinée à «favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments ».

Un Dossier Pharmaceutique électronique sera créé pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement. Il enregistrera tous les médicaments, prescrits ou non prescrits, remboursables ou non remboursables, délivrés à ce patient dans n'importe quelle officine au cours des quatre derniers mois.

Tout pharmacien d'officine consultera et alimentera le DP du patient au moment de toute dispensation.

Le DP est destiné à être lié au futur Dossier Médical Personnel mais distinct de lui.

Ce dispositif devrait permettre :

- De déceler et d'éviter de nombreuses redondances de traitements ou interactions indésirables.
- De diffuser instantanément aux quelques 22 000 officines les alertes lancées par les autorités de santé.
- Ultérieurement, par une traçabilité complète du médicament jusqu'au patient, d'informer celui-ci personnellement s'il a acheté une boîte d'une spécialité ou d'un lot faisant l'objet d'un retrait.
- De mieux lutter contre les contrefaçons (présence des numéros de lots) (26).

Le dossier pharmaceutique est un outil précieux lors de la dispensation notamment pour les **chevauchements d'ordonnance$_3$ et le nomadisme médical**; en revanche le caractère facultatif de l'ouverture ou de l'inscription d'un médicament sur le dossier pharmaceutique pourrait mettre un frein à la prévention des IMV.

2) Prévention lors de la dispensation

a) Une écoute plus importante

Lors de la dispensation d'une ordonnance ou lors du conseil d'un médicament de PMF le pharmacien doit être à l'écoute.

Trop souvent la dispensation s'apparente à un avis strictement pharmaceutique (indication, interactions, posologies...). Le manque de temps ou l'absence d'un espace de confidentialité ne permet pas toujours une écoute suffisante.

Cette première piste serait une occasion de détecter une souffrance psychologique et d'alerter le médecin d'une éventuelle tentative de suicide.

b) Une sécurité de la dispensation pharmaceutique plus importante

Dans les intoxications classées comme mésusage on retrouve beaucoup de spécialités comme des antalgiques et des anti-inflammatoires.

Nous avons constaté que les classes d'âge des 1-4 ans et celle des 60-69 ans étaient fortement touchées. Les actions préventives sont importantes sur ces classes d'âge, notamment sur le bon usage des médicaments à usage pédiatrique (posologies en dose-poids, cuillère-mesures, cuillères à dessert, cuillères à café...).

Une **harmonisation des formes pharmaceutiques à usage pédiatrique** (mg/Kg) ne permettrait-elle pas de limiter les erreurs médicamenteuses?

La loi du 11 juin 1999 accorde le droit de substitution au pharmacien : celui-ci peut ainsi délivrer un médicament générique à la place d'un princeps. Les accords médecin-caisse du 5 juin 2002 incitent les généralistes à prescrire des génériques ou en dénomination commune internationale (DCI). Il appartient au pharmacien de bien expliquer cette substitution afin de limiter le risque de confusion notamment chez les personnes âgées.

Il appartient également au pharmacien d'expliquer l'ordonnance et de s'assurer qu'elle est bien comprise (27).

Certaines prescriptions échappent cependant au contrôle du pharmacien :

- Les règles de dispensations des psychotropes notamment des hypnotiques dont la prescription est limitée à 28 jours sont parfois contournées par la rédaction d'ordonnances antidatées ou non datées par les médecins, afin que les patients puissent "renouveler" le médicament hypnotique en même temps que les autres.
- Le nomadisme médical permet à un patient consultant plusieurs médecins et plusieurs pharmacies d'obtenir en un temps relativement réduit de grandes quantités de médicaments. Le dossier pharmaceutique permet de prévenir dans une certaine mesure ce type de pratiques.

Dans les cas de toxicomanie de notre étude, la majorité des médicaments utilisés sont des traitements substitutifs aux opiacés et les opiacés eux même. Ces médicaments bien que régis par une législation stricte **(Annexe E** Modalités de prescription et délivrance des médicaments stupéfiants**)** sont très utilisés; le pharmacien est le professionnel de santé qui délivre ces médicaments sur présentation d'une prescription médicale, sa vigilance doit être accrue lors de la dispensation de ces médicaments soumis à une législation particulière.

Il doit alerter le médecin prescripteur et/ou l'assurance maladie en cas de nomadisme, chevauchements abusifs ou de mésusage.

Depuis 2006 les caisses d'assurance maladie ont mis en place des conditionnements trimestriels pour certains médicaments (hypertension, diabète...). L'analyse des cas a montré que les populations plus âgées utilisent d'avantage de cardiotropes que les plus jeunes dans les IMV et d'une manière générale utilisent les médicaments qui leur sont prescrits habituellement.

Le fait que les suicidants soient en possession d'une grande quantité de médicaments (**trois mois de traitement**) ne constitue-t-il pas un risque supplémentaire d'intoxication médicamenteuse?

c) Conseil et éducation thérapeutique

Le pharmacien réalise le lien entre la prescription médicale, le patient et son entourage.

Il lui appartient de réaliser une éducation du patient (patient chronique); de l' informer sur le bon usage des médicaments, de l'importance de l'observance et du conseil sur l'automédication.

Une éducation du public sur les règles d'hygiène de vie (éviter la prise d'excitant comme le café après une certaine heure..) par le pharmacien d'officine ne permettrait-elle pas de limiter le recours aux médicaments psychotropes?

CONCLUSION

Les intoxications médicamenteuses volontaires par des produits pharmaceutiques sont responsables chaque année d'un grand nombre de décès et les placent parmi les principaux enjeux de santé publique.

L'analyse des données collectées au quotidien par le centre Antipoison et de Toxicovigilance de Nancy lors de la réponse aux appels nous a permis de mettre en exergue certains invariants et tendances.

La majorité **des IMV répertoriées sont des conduites suicidaires**. Les intoxications chez les patients de sexe féminin sont plus nombreuses avec une moyenne d'âge plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Nos données tous sexes confondus nous ont permis de constater une **diminution de la moyenne d'âge** de notre population au cours des années étudiées, d'où la nécessité d'une plus grande vigilance lors de la dispensation aux populations les plus jeunes et quant à leur accès aux pharmacies familiales.

L'étude des spécialités employées lors des intoxications a mis en évidence certaines classes thérapeutiques, en particulier celle des **psychotropes**. Ces médicaments, largement prescrits à la population française sont impliqués dans la majorité des IMV décrites.

La fréquence de l'utilisation de psychotropes dans les IMV nous a conduit à soulever les problématiques liées à la prescription et à la dispensation de ces médicaments: **sur-prescription, non respect des recommandations de bonne pratique et des RMO**; formations initiales et continues des médecins inadaptées et parfois difficiles à mettre en œuvre; prise en charge psychiatrique de ces patients incomplète.

Les médicaments à prescription médicale facultative sont quant à eux **souvent impliqués dans les cas de mésusage ou de surdosage médicamenteux**; la vigilance du pharmacien d'officine est donc de rigueur dans le domaine de l'automédication, de l'information sur le bon usage du médicament et de l'éducation thérapeutique du patient.

Ces dernières années, l'accès aux médicaments semble se simplifier (le libre accès, la vente sur Internet, l'arrivée possible des médicaments en grande surface...) toutes ces mesures ne risquent-t-elles pas de faire croître le nombre d'IMV et la iatrogénie médicamenteuse?

GLOSSAIRE

1-Action anti-déficitaire :

Lutte contre l'inhibition (le patient peut reprendre une communication avec autrui).

2-Action anti-productive :

Efficacité sur les symptômes psychotiques productifs -> délire et hallucination.

3-Chevauchements d'ordonnance :

Lorsqu'une ordonnance est rédigée par le praticien pendant une période déjà couverte par une précédente ordonnance avec les mêmes médicaments.

4-Doses d'exonérations :

Un médicament peut échapper à la réglementation des substances vénéneuses bien qu'il en contienne, lorsque les doses et les concentrations sont suffisamment faibles ou lorsqu'il est utilisé pendant une durée de traitement très brève. Il bénéficie alors de l'exonération.

5-Effet stabilisant de membrane :

Notion de biologie cellulaire caractérisant une substance qui se fixe sur la membrane d'une cellule, empêchant les ions sodium et potassium de la traverser. Cette action met la cellule au repos (action anesthésique locale).

6-Hématémèse :

L'hématémèse est le rejet de sang d'origine digestive par la bouche, le plus souvent au cours d'un vomissement.

7-Listes :

Les médicaments et produits assimilés comportant des substances vénéneuses, sont classés par arrêté soit :

- comme stupéfiants ;
- sur la liste I pour les substances présentant des risques les plus élevés pour la santé ;

  sur la liste II pour les autres.

8-Syndrome anti-cholinergique :

- Effets périphériques : mydriase, tachycardie, hyperthermie, diminution des secrétions, rétention aigue d'urine, ralentissement du transit.
- Effets centraux : confusion, somnolence, anxiété, hallucinations, convulsions et coma.

9-Syndrome extra-pyramidal est un syndrome neurologique qui associe trois signes :

- Un tremblement de repos,
- Une hypertonie ou rigidité,
- Une akinésie c'est-à-dire des mouvements rares et lents.

10-Syndrome sérotoninergique :

Il correspond à un excès de sérotonine au niveau des neurones cérébraux :

- Agitation, confusion
- Tremblements, myoclonies
- Hypertonie, puis rigidité musculaire avec ses conséquences (difficulté respiratoire, trismus gênant l'intubation, rhabdomyolyse...)
- Mydriase (parfois aréactive), sueurs profuses, hyperthermie, frissons
- Augmentation de la pression artérielle, tachycardie, tachypnée

11-Torsade de pointes :

Les **torsades de pointe** sont un phénomène identifié sur l' électrocardiogramme à type de trouble du rythme ventriculaire secondaire à un trouble de la repolarisation ventriculaire (repolarisation retardée : QT long).

Le risque principal des torsades de pointe est la dégénérescence en fibrillation ventriculaire aboutissant à une mort subite si elle n'est pas prise en charge rapidement.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Observatoire français des drogues et des toxicomanies,.** Rapports d'études. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies.* [En ligne] 01 février 2009. [Citation : 01 février 2009.] http://www.ofdt.fr/.

2. **Kahn, J.P.** *Cours de psychiatrie du CNUP,Risque suicidaire de l'adulte identification et prise en charge:.* ANGERS : s.n.

3. **Jérôme Liotier,Georges Brousse,Julie Geneste,Alexandre Taulemesse.** *Urgence Psychiatrie: Toutes les situations d'urgence psychiatrique en poche.* s.l. : arnette, 2008. p. 159.

4. **MILDT/INPES.** *Drogues et dépendances - le livre d'information.* Saint-denis : s.n., 2006. Vol. 182p.

5. **BELLAMY, Marie-Claude MOUQUET et vanessa.** *Suicides et tentatives de suicide en France.* PARIS : DREES-Etudes et résultats, 2006. pp. 1-8. N°488.

6. **INSERM.** interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2007. *Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès .* [En ligne] 02 février 2009. [Citation : 02 février 2009.] http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/.

7. **PARAYRE, Gérard BADEYAN et Claudine.** Suicides et tentatives de suicide en France une tentative de cadrage statistique. *DREES-Etudes et résultats.* avril 2001, pp. 1-8.

8. **Marie ANGUIS, Chantal CASES,Pierre SURAULT.** N°185 L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge,de date et de génaration. *DREES-Etudes et résultats.* aout 2002, pp. 1-8.

9. **jacques quevauvilliers, abe fingerhut.** *Dictionnaire médical 3 ème édition.* paris : MASSON, 1997.

10. **Ordre des Pharmaciens.** Médicaments hypnotiques et anxiolytiques. *MEDDISPAR médicaments à dispensation particulière.* [En ligne] 13 02 2009. [Citation : 13 02 2009.] http://www.meddispar.fr.

11. **Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament,.** Infos médicaments. *Theriaque.* [En ligne] 13 02 2009. [Citation : 13 02 2009.] http://www.theriaque.org/InfoMedicaments/home.cfm.

12. **Vaubourdolle, Michel.** *Toxicologie, sciences mathématiques, physiques et chimiques.* paris : le moniteur internat, 2007.

13. **the pharmaceutical.** *martindale-the complete drug reference.* London : the pharmaceutical press, 2007. pp. 581-937.

14. **BRIOT, Maryvonne.** *le bon usage des médicaments psychotropes.* paris : office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006.

15. **association des Centres Antipoisons et de toxicovigilance,.** CAPTV de NANCY. *Association des Centres Antipoisons et de toxicovigilance.* [En ligne] 01 02 2009. [Citation : 22 02 2009.] http://www.centres-antipoison.net/nancy/index.html.

16. **Norwegian Institute of Public Health.** *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.* [En ligne] 05 fevrier 2010. [Citation : 8 février 2010.] http://www.whocc.no/.

17. **Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.** Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. *Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.* [En ligne] 2004. [Citation : 19 04 2009.] http://www.atih.sante.fr/?.

18. **Caisse Nationale d'Assurance Maladie.** *MEDIC'AM Médicaments remboursés par le Régime général au cours des années 2002 à 2007 .* paris : assurance maladie, 2008.

19. —. *MEDIC'AM Médicaments remboursés par le Régime général au cours des années 2004 à 2008.* paris : Assurance Maladie, 2009.

20. Crise suicidaire et médecine générale Rappel des 5 points-clés de la conférence de consensus de 2000. *Médecine.* juin 2008, p. 268.

21. **Marc-André GUERVILLE1, Alain PARAPONARIS, Jean-Claude RÉGI, Laure VAISSADE, Bruno VENTELOU.** N°708 Les pratiques en médecine générale dans cinq régions :formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. *DREES-Etude et résultats.* octobre 2009, pp. 1-8.

22. **Monsieur Alain Coulomb et le professeur Alain Baumelou.** *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution.* paris : Ministere de la Santé, 2006.

23. **AFSSAPS.** Mise en garde et actions de l'Afssaps. *Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé.* [En ligne] 21 02 2009. [Citation : 21 02 2009.] http://www.afssaps.fr/Activites/Falsifications-de-produits-de-sante/Mise-en-garde-et-actions-de-l-Afssaps/.

24. **Olivier Phan et Nathalie Bastard-Dagher.** Consommation de psychotropes à l'adolescence. *Enfances & Psy n°25.* 01 2004, pp. 56-64.

25. **Haute Autorité de Santé.** *améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet agé, propositions d'actions concertées.* s.l. : HAS, 2007.

26. **KEENE, M. Jean-Loup.** *La pharmacie d'officine en France, bilan et perspectives.* paris : Ordre National des Pharmaciens, 2007.

27. **P. QUENEAU, P. GRANDMOTTET.** *propositions pour une prévention de la iatrogénie evitable, plaidoyer pour une vigilance therapeutique.* s.l. : La documentation Française :, 1998.

28. **INPES.** MÉDICAMENT PSYCHOACTIF. *Drogues et dépendances.* [En ligne] 02 février 2009. [Citation : 02 février 2009.] http://www.drogues-dependance.fr/medicaments_psychoactifs.html.

29. **T.Ancelle.** *Statistiques épidémiologiques.* paris : Maloine, 2006.

30. **Assurance maladie.** *chiffres et repères.* s.l. : Assurance maladie, 2008.

31. **Albertine AOUBA, Françoise PÉQUIGNOT, Laurence CAMELIN, Françoise LAURENT et Éric JOUGLA.** *La mortalité par suicide en France en 2006.* PARIS : DREES Etudes et Résultats, 2009. pp. 1-8. N°702.

32. **Sandrine DANET, Brigitte HAURY, Aurélie FOURCADE.** N°711 L'état de santé de la population en France en 2008 Suivi des objectifs de ka loi de santé publique. *DREES-Etude et résultats.* Décembre 2009, pp. 1-8.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1Nombre de décès par suicide de 2000 à 2007 5
Tableau 2 Classification des neuroleptiques 12
Tableau 3 Moyenne d'âge des conduites suicidaires 36
Tableau 4 Nombre de molécules pharmaceutiques ingérées par cas dans les conduites suicidaires 38
Tableau 5 Classes ATC de rang 3 les plus utilisées dans les conduites suicidaires 39
Tableau 6 Classes ATC de rang 4 dans les conduites suicidaires 40
Tableau 7 Classes ATC de rang 5 dans les conduites suicidaires 41
Tableau 8 répartition des spécialités employées dans les TS par classe d'âge 42
Tableau 9 Ratio homme femme des conduites suicidaires 2000-2007 44
Tableau 10 Moyenne d'âge par sexe dans les cas de toxicomanie 47
Tableau 11 Nombre de molécules pharmaceutiques ingérées par cas dans les cas de toxicomanie 48
Tableau 12 Classes ATC de rang 3 dans les cas de toxicomanie 49
Tableau 13 Classes ATC de rang 4 dans les cas de toxicomanie 50
Tableau 14 Classes ATC de rang 5 dans les cas de toxicomanie 51
Tableau 15 Nombre de molécules pharmaceutiques ingérées par cas dans les cas de mésusage 53
Tableau 16 Références médicales opposables concernant les hypnotiques et les anxiolytiques 66
Tableau 17 Références Médicales Opposables concernant les antidépresseurs 67

TABLE DES GRAPHIQUES

Figure 1 Disparités régionales de la mortalité par suicide 2000-2002(DREES)..... 4
Figure 2 Proportion des suicides dans l'ensemble des décès par classe d'âge (DREES)..... 6
Figure 3 Séjours dans les établissements de soin pour des intoxications par des produits pharmaceutiques (DREES) en 2002..... 8
Figure 4 Comparatif des ratios homme/femme dans les suicides et tentatives de suicide..... 9
Figure 5 Zone de couverture du CAPTV de Nancy 1 21
Figure 6 : Comparatif entre les ratios homme/femme de notre étude et ceux des hospitalisations pour ingestion de médicaments 26
Figure 7 : Répartition des cas dans les différentes classes d'âge..... 27
Figure 8 Nombre d'IMV pour 100 cas au CAPTV de Nancy..... 28
Figure 9 Nombre d'IMV pour 100 cas au CAPTV..... 29
Figures 10 Répartition mensuelle des intoxications en % et en nombre de cas 30
Figure 11 Répartition des appels par jour de la semaine 31
Figure 12 Nombre d'appels par heure toutes années confondues 31
Figure 13 Dénombrement des classes ATC de rang 2 par million d'unités vendues sur les années 2004 à2007 33
Figure 14 Dénombrement des classes ATC de rang 3 par million d'unités vendues sur les années 2004 à2007 34
Figure 15 Dénombrement des classes ATC de rang 4 par million d'unités vendues sur les années 2004 à2007 35
Figure 16 Répartition homme/femme des cas de conduites suicidaires..... 36
Figure 17 Répartition des classes d'âge par sexe dans les conduites suicidaires 37
Figure 18 Moyenne d'âge des conduites suicidaires par sexe de 2000 à 2007 44
Figure 19 Evolution des principales classes ATC 3 dans les conduites suicidaires 45
Figure 20 répartition des cas de toxicomanie par classes d'âge et par sexe. 48
Figure 21 Proportion de médecins déclarant connaître les recommandations de bonne pratique 59
Figure 22 Proportion de médecins déclarant utiliser les recommandations de bonne pratique 59
Figure 23 Poids des PMF dans le marché total en France 62

TABLE DES ANNEXES

Annexe A Extraction de la base de données cépiDC 81
Annexe B Synthèse des données du Cepi-DC sur les périodes 2000-2007 84
Annexe C Prescription et délivrance des produits listés 1 et 2 85
Annexe D Prescription et délivrance des médicaments psychotropes 89
Annexe E Modalités de prescription et délivrance des médicaments stupéfiants 93
Annexe F Extraction de la base de données des agents avant traitement statistique 100
Annexe G Base de données après élimination des agents non médicamenteux 101
Annexe H : exemple de la classification ATC système nerveux 102
Annexe I Dénombrement des différentes causes d'intoxication au CAPTV de Nancy de 1999 à 2008 104
Annexe J Dénombrement des causes d'hospitalisations à partir de la base de données 105
Annexe K Nombre d'appels au CAPTV de NANCY 106
Annexe L Exemple du dénombrement des chiffres de vente d'une classe ATC de rang 4 :"dérivés de la benzodiazépine" 107
Annexe M Exemple D'un dossier du CAP 111

ANNEXES

Annexe A Extraction de la base de données cépiDC

Année: 2002															
Zone: France métropolitaine															
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
'X60-X84	Suicides	M	7720	0	0	23	469	1068	1654	1506	931	882	802	359	26
'X60-X84	Suicides	F	2912	0	0	14	120	275	542	656	446	379	311	147	22
'X60-X84	Suicides	T	10632	0	0	37	589	1343	2196	2162	1377	1261	1113	506	48
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
	Total toutes causes confondues	M	272999	1753	405	566	3221	4755	9843	23709	31709	58855	81186	50995	6002
	Total toutes causes confondues	F	262141	1361	298	421	1151	1757	4829	10550	13644	31574	72902	98996	24658
	Total toutes causes confondues	T	535140	3114	703	987	4372	6512	14672	34259	45353	90429	154088	149991	30660

Année: 2003															
Zone: France métropolitaine															
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
'X60-X84	Suicides	M	8030	0	0	26	495	1037	1667	1709	927	886	898	363	22
'X60-X84	Suicides	F	2826	0	0	6	141	281	494	668	408	373	315	129	11
'X60-X84	Suicides	T	10856	0	0	32	636	1318	2161	2377	1335	1259	1213	492	33
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
	Total toutes causes confondues	M	279020	1755	407	565	3018	4413	9543	23523	33048	57645	87885	50463	6755
	Total toutes causes confondues	F	273315	1299	321	362	1004	1732	4683	10676	14223	31660	79754	100040	27561
	Total toutes causes confondues	T	552335	3054	728	927	4022	6145	14226	34199	47271	89305	167639	150503	34316

Année: 2004

Zone: France métropolitaine

Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
'X60-X84	Suicides	M	7853	0	0	15	486	946	1608	1765	944	856	895	310	28
'X60-X84	Suicides	F	2944	0	0	5	135	272	549	707	486	332	315	130	13
'X60-X84	Suicides	T	10797	0	0	20	621	1218	2157	2472	1430	1188	1210	440	41

Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
	Total toutes causes confondues	M	263070	1682	386	464	2853	4030	8973	22002	32304	53436	86039	44544	6357
	Total toutes causes confondues	F	246338	1302	250	336	994	1597	4537	10266	14412	28837	75435	83496	24876
	Total toutes causes confondues	T	509408	2984	636	800	3847	5627	13510	32268	46716	82273	161474	128040	31233

Année: 2005

Zone: France métropolitaine

Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
'X60-X84	Suicides	M	7826	0	0	21	439	946	1535	1657	996	908	974	333	17
'X60-X84	Suicides	F	2881	0	0	8	128	239	473	685	515	359	323	139	12
'X60-X84	Suicides	T	10707	0	0	29	567	1185	2008	2342	1511	1267	1297	472	29

Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
	Total toutes causes confondues	M	270630	1579	333	460	2839	4015	8532	21957	33929	53388	88425	48102	7071
	Total toutes causes confondues	F	256886	1190	269	316	980	1553	4295	10171	14889	28391	78634	88300	27898
	Total toutes causes confondues	T	527516	2769	602	776	3819	5568	12827	32128	48818	81779	167059	136402	34969

Année: 2006														
Zone: France métropolitaine														
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
'X60-X84	Suicides	M	7590	0	0	22	398	887	1489	1649	1037	836	910	336	26
'X60-X84	Suicides	F	2825	0	0	8	124	254	483	644	487	375	313	118	19
'X60-X84	Suicides	T	10415	0	0	30	522	1141	1972	2293	1524	1211	1223	454	45
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
	Total toutes causes confondues	M	265458	1639	334	467	2534	3799	8367	21473	35023	49951	84904	49780	7187
	Total toutes causes confondues	F	250494	1208	271	304	954	1427	4178	10183	15592	26977	74823	87004	27573
	Total toutes causes confondues	T	515952	2847	605	771	3488	5226	12545	31656	50615	76928	159727	136784	34760

Année: 2007														
Zone: France métropolitaine														
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
'X60-X84	Suicides	M	7418	0	0	16	397	843	1425	1646	1021	755	910	380	25
'X60-X84	Suicides	F	2704	0	0	6	114	204	480	608	514	317	321	127	13
'X60-X84	Suicides	T	10122	0	0	22	511	1047	1905	2254	1535	1072	1231	507	38
Code CIM	Libellé	Sexe	'Total	'<1	'1-4	'5-14	'15-24	'25-34	'35-44	'45-54	'55-64	'65-74	'75-84	'85-94	'95+
	Total toutes causes confondues	M	267843	1627	337	406	2521	3695	8038	20766	36382	48133	84701	53538	7699
	Total toutes causes confondues	F	252692	1148	249	321	838	1392	4026	9843	16270	25762	73191	90345	29307
	Total toutes causes confondues	T	520535	2775	586	727	3359	5087	12064	30609	52652	73895	157892	143883	37006

Annexe B Synthèse des données du Cepi-DC sur les périodes 2000-2007

année	hommes	femmes	total suicides	total homme	total femme	total gal	%homme	%femme	%suicides/total déces
2000	7973	2864	10837	272040	258810	530850	73,57%	26,43%	2,04%
2001	7655	2785	10440	272271	258801	531072	73,32%	26,68%	1,97%
2002	7720	2912	10632	272999	262141	535140	72,61%	27,39%	1,99%
2003	8030	2826	10856	279020	273315	552335	73,97%	26,03%	1,97%
2004	7853	2944	10797	263070	246338	509408	72,73%	27,27%	2,12%
2005	7826	2881	10707	270630	256886	527516	73,09%	26,91%	2,03%
2006	7590	2825	10415	265458	250494	515952	72,88%	27,12%	2,02%
2007	7418	2704	10122	267843	252692	520535	73,29%	26,71%	1,94%

Annexe C Prescription et délivrance des produits listés 1 et 2

Meddispar
Ordre des pharmaciens

Les substances vénéneuses

Régime particulier des listes I et II

Classification

Les listes I et II comprennent :
1. les substances et préparations dangereuses (divisées en 8 catégories : très toxiques, toxiques, nocives, corrosives, irritantes, cancérogènes, tératogènes et mutagènes) présentant pour la santé des risques directs ou indirects ;
2. les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;
3. les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale ;
4. les produits insecticides ou acaricides destinés à être appliqués à l'homme et susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;
5. Tout autre produit ou substances présentant pour la santé des risques directs ou indirects.

La liste I comprend les substances ou préparations et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé.
(art. L. 5132-2, L. 5132-6 du CSP)

Détention

Les médicaments et produits relevant de la liste I ou de la liste II ne doivent pas être directement accessibles au public.

Aussi, les spécialités pharmaceutiques et les produits n'ayant pas encore fait l'objet d'un conditionnement sous lequel ils seront délivrés au public (médicaments en vrac), devront :
- lorsqu'ils relèvent de la liste I, être détenus dans des armoires ou des locaux fermés à clef pouvant également contenir des substances dangereuses classées comme très toxiques ou toxiques.
- lorsqu'ils relèvent de la liste II, être détenus séparément de tout autre médicament, produit ou substance, à l'exception des substances classées comme nocives, corrosives ou irritantes.
(art. R. 5132-20, R. 5132-26 du CSP)

Etiquetage

Etiquetage des médicaments en vrac
Les récipients ou emballages sont revêtus d'une étiquette d'un format adapté à leur volume, apposée de manière à ne pas pouvoir être involontairement détachée.
Cette étiquette porte de façon apparente, en caractères lisibles et indélébiles, les indications suivantes :
1. la dénomination du contenu ;
2. le nom ou la raison sociale et l'adresse ou le siège social du fabricant ou du distributeur ou de l'importateur ;
3. pour les médicaments relevant de la liste I, une tête de mort à tibias croisés imprimée en noir, sur un fond carré de couleur orangé-jaune et de dimensions suffisantes. Ce carré est placé à l'angle supérieur gauche de l'étiquette ;
4. pour les médicaments ou produits relevant de la liste II, une croix de Saint-André imprimée en noir sur un fond carré de couleur orangé-jaune et de dimensions suffisantes. Ce carré est placé à l'angle supérieur gauche de l'étiquette.
(art. R. 5132-24 du CSP)

Etiquetage des spécialités pharmaceutiques
L'emballage extérieur des médicaments doit présenter sous la dénomination spéciale, un espace blanc entouré d'un filet rouge pour les médicaments et produits relevant de la liste I, vert pour ceux qui relèvent de la liste II.
Les mentions « Respecter les doses prescrites » en caractères noirs sur fond rouge, « Uniquement sur ordonnance » en caractères noirs doivent figurer sur l'emballage ainsi que la mention « ne pas avaler » lorsque le médicament n'est ni injectable, ni destiné aux voies nasale, orale, perlinguale, sublinguale, rectale vaginale ou urétrale.
(art. R. 5132-15, R. 5132-18, R. 5132-25 du CSP)

Conditions de prescription

La prescription d'un médicament ou d'un produit assimilé est réservée :
- à un médecin ;
- à un chirurgien-dentiste, pour l'usage de l'art dentaire ;
- à une sage-femme dans les limites de la liste publiée par arrêté ;
- à un directeur de LABM lorsqu'elle est directement liée à l'exercice de la biologie ;

(art. L. 4151-4, L. 6221-9, R. 5132-6 du CSP)

Une prescription de médicaments relevant des listes I et II ne peut être faite pour une durée de traitement supérieure à 12 mois.
Toutefois, cette durée peut être réduite lorsqu'il s'agit de substances psychotropes ou susceptibles d'être utilisées pour leur effet psychoactif. Ainsi, la durée de prescription des hypnotiques est limitée à 4 semaines, voire 2 semaines, et la durée maximale de prescription des anxiolytiques est de 12 semaines. Les listes des substances concernées sont définies par arrêtés.
(art. R. 5132-21 du CSP)

Dispensation

Toute prescription de médicaments doit être rédigée après examen du malade sur une ordonnance et indiquer lisiblement les données suivantes :

1. Informations concernant le prescripteur :
- le nom ;
- la qualité ;
- la qualification, le titre, ou la spécialité le cas échéant ;
- l'identifiant s'il existe ;
- l'adresse ;
- le nom de l'établissement ou du service de santé pour les médicaments à prescription hospitalière ou à prescription initiale hospitalière ;
- la date de rédaction de l'ordonnance ;
- la signature.

2. Informations concernant le patient :
- le nom ;
- les prénoms ;
- le sexe ;
- l'âge ;
- la taille et le poids si nécessaire.

3. Informations concernant la prescription
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune ;
- la posologie et le mode d'emploi, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée du traitement, ou le nombre de conditionnements lorsque la prescription est établie en dénomination commune ;
- le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;
- s'il s'agit d'un médicament nécessitant une surveillance particulière et si l'AMM, l'ATU, l'AI le prévoient, la mention de l'accomplissement des examens préconisés et du respect des conditions de conduite du traitement ; voire, la date de réalisation des examens et s'ils ne sont pas effectués, le délai au terme duquel l'ordonnance devient caduque ;
- la mention de la délivrance d'une information sur les risques liés à l'utilisation du médicament, si l'AMM, l'ATU, l'AI le prévoient ;
- le cas échéant, la mention expresse par laquelle le prescripteur exclut la possibilité de substitution du médicament.

- le cas échéant, la mention expresse par laquelle le prescripteur exclut la possibilité de substitution du médicament. Auquel cas, la mention -non substituable- doit être manuscrite et précédée de la dénomination de spécialité.
(art. R. 5132-3, R. 5121-95, R. 5121-77, R. 5125-54 du CSP)

Conditions de délivrance
La première délivrance de médicaments relevant des listes I ou II ne peut s'effectuer que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de trois mois.
(art. R. 5132-22 du CSP)

La délivrance d'un médicament relevant de la liste I ne peut être renouvelée que sur indication écrite du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement.
Concernant les hypnotiques et anxiolytiques, le renouvellement n'est possible qu'à l'intérieur de la durée de prescription limitée à 12, 4 ou 2 semaines selon le cas.
La délivrance d'un médicament ou d'un produit relevant de la liste II peut être renouvelée lorsque le prescripteur ne l'a pas expressément interdit.
Dans tous les cas, le ou les renouvellements doivent être exécutés dans la limite du délai de traitement de 12 mois. Ils ne peuvent avoir lieu qu'après un délai déterminé résultant de la posologie et des quantités précédemment délivrées.
(art. R. 5132-22, R. 5132-14 du CSP)

Il ne peut être délivré en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à un mois de 30 jours selon le conditionnement. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée, dans la limite de trois mois. En outre, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de 12 semaines.
(art. R. 5132-12 du CSP)

De plus, le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.
(art. R. 5132-13 du CSP)

Transcriptions ou enregistrements
Les personnes habilitées à exécuter les ordonnances de médicaments ou préparations relevant de la liste I ou II les transcrivent aussitôt à la suite, à l'encre, sans blanc ni surcharge, sur un registre ou les enregistrent immédiatement par tout système approprié ne permettant aucune modification des données qu'il contient après validation de leur enregistrement.

Chaque transcription ou enregistrement comporte un numéro d'ordre différent et mentionnent :
- le nom et l'adresse du prescripteur ;
- le nom et l'adresse du patient ;
- la date de délivrance ;
- la dénomination ou la formule du médicament ou de la préparation ;
- les quantités délivrées ;
- si le médicament est à prescription hospitalière ou initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé et le nom du prescripteur ayant effectué la prescription ou la prescription initiale ;
- si la prescription du médicament est réservée à un médecin spécialiste, la spécialité du prescripteur ;
- la mention éventuelle "usage professionnel".
(art. R.5132-9, R.5132-10 du CSP)

Le renouvellement fait l'objet d'un nouvel enregistrement. Lorsqu'il est effectué par le même dispensateur, l'enregistrement peut consister en la seule indication du numéro afférent à la délivrance précédente.
(art. R. 5132-14 du CSP)

Les systèmes d'enregistrement permettent une édition immédiate à la demande de toute autorité de contrôle des mentions prévues, chaque page éditée devant comporter le nom et l'adresse de l'officine. Les données qu'ils contiennent doivent figurer sur un support garantissant leur pérennité et leur intégrité. Elles doivent en outre être dupliquées sur deux supports distincts, le premier servant à la consultation habituelle, le second étant gardé en réserve. Les données archivées doivent pouvoir être accessibles, consultées et exploitées pendant la durée de leur conservation. (art R.5125-45 du CSP)

Les registres ou les enregistrements informatisés sont conservés pendant une durée de dix ans et sont tenus à la disposition des autorités de contrôle pendant la période prescrite. Ces enregistrements doivent pouvoir être édités sur papier et être classés par patient, par médicament et par ordre chronologique. Ils sont mis à la disposition des autorités de contrôle à leur demande. (art R5132-10 du CSP)

Inscriptions à porter sur l'emballage du médicament

Le pharmacien dispensateur inscrit la posologie prescrite.

Mentions sur l'ordonnance
Après exécution, sont apposés sur l'ordonnance :
- le timbre de l'officine ;

- le timbre de l'officine ;
- le ou les numéros d'enregistrement à l'ordonnancier ;
- la date d'exécution ;
- les quantités délivrées ;
- dans le cadre de la substitution générique, le nom du médicament, la forme pharmaceutique délivrés lorsqu'ils diffèrent de celui prescrit, le nombre d'unité(s) de prise correspondant à la posologie du traitement prescrit si ce nombre diffère pour le médicament délivré de celui du médicament prescrit.

(art. R. 5132-13, R. 5125-53 du CSP)
Ces indications doivent également être apposées sur l'ordonnance lors d'un renouvellement.
(art. R. 5132-14 du CSP)

Dépannage de médicaments dans le cadre d'un traitement chronique

Dans le cadre d'un traitement chronique, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien dispense les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions suivantes sont remplies :

- l'ordonnance comporte la prescription du médicament permettant une durée totale de traitement d'au moins trois mois,
- ce médicament ne relève pas d'une des catégories suivantes : médicaments stupéfiants ou auxquels la réglementation des stupéfiants est appliquée en tout ou partie et les médicaments dont la durée de prescription est limitée (ex : 12 semaines).

Le pharmacien délivre le conditionnement commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise. Il porte sur l'ordonnance la mention « délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire » en indiquant la ou les spécialités ayant fait l'objet de la dispensation. Il appose en outre sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance.
Le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

Il informe de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et par tous moyens dont il dispose.

La même ordonnance ne peut donner lieu qu'à une seule dispensation.

Textes de référence

Articles du code de la santé publique cités :
L. 4151-4, L. 5132-2, L. 5132-6, L. 6221-9
R. 5121-77, R. 5121-95, R.5125-45, R. 5125-53, R. 5125-54, R. 5132-3, R. 5132-6, R.5132-9, R.5132-10, R. 5132-12, R. 5132-13, R. 5132-14, R. 5132-15, R. 5132-18, R. 5132-20, R. 5132-21, R. 5132-22, R. 5132-24, R. 5132-25,R. 5132-26,

Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes(JORF du 19/03/2004)
Arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes (JORF du 08/11/2005)

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes (JORF du 07/06/1990) modifié par
arrêté du 21 août 1991 (JORF du 12/09/1991)
arrêté du 11 octobre 1995 (JORF du 28/10/1995)
arrêté du 25 février 1999 (JORF du 03/03/1999)
arrêté du 22 janvier 2001 (JORF du 26/01/2001)
arrêté du 15 juillet 2002 (JORF du 23/07/2002)

Arrêtés limitation de la durée de traitement : arrêté du 7 octobre 1991 (JORF du 21/11/1991) modifié par :
arrêté du 28 janvier 1992 (JORF du 22/02/1992)
arrêté du 18 août 1992 (JORF du 4/09/1992)
arrêté du 3 septembre 1992 (JORF du 13/09/1992)
arrêté du 1er février 2001 (JORF du 07/02/2001)
arrêté du 21 décembre 2001 (JORF du 05/01/2002)

Décret n°2007-157 du 5 février 2007 (JORF du 07/02/07) relatif aux substances vénéneuses et modifiant le Code de la Santé Publique

Décret n°2008-108 du 5 février 2008 (JORF du 07/02/08) pris pour l'application de l'article L.5125-23-1 du code de la santé publique

Annexe D Prescription et délivrance des médicaments psychotropes

Meddispar
Ordre des pharmaciens

Les substances vénéneuses

Médicaments hypnotiques et anxiolytiques

Classification et conditions de prescriptions

Pour des motifs de santé publique, la durée de prescription des médicaments hypnotiques et anxiolytiques a été limitée.

Seules les substances dont le nom est suivi d'une astérique disposent de spécialités commercialisées.

Les médicaments contenant des substances à propriétés **hypnotiques** ainsi que leurs sels lorsqu'ils peuvent exister, inscrites sur la liste I des substances vénéneuses à des doses et des concentrations non exonérées et dont l'indication thérapeutique figurant sur l'autorisation de mise sur le marché est « insomnie », ne peuvent être prescrits :

- pour une durée supérieure à **4 semaines** :

Amobarbital
Brotizolam
Butalbital
Butobarbital*
Clorazépate dipotassique*
Cyclobarbital
Diazépam
Estazolam*
Ethyl loflazépate
Flurazépam
Hexapropymate
Kétazolam
Loprazolam*
Lorazépam
Lormétazépam*
Médazépam
Méprobamate*
Nitrazépam*
Oxyfénamate
Pentobarbital
Témazépam*
Vinbarbital
Vinylbital
Zopiclone*
Zolpidem*

- pour une durée supérieure à **2 semaines** :

Triazolam*
Zaléplone

Les médicaments contenant des substances à propriétés **anxiolytiques** ainsi que leurs sels lorsqu'ils peuvent exister, inscrites sur la liste I des substances vénéneuses à des doses et des concentrations non exonérées ne peuvent être prescrits pour une durée supérieure à **12 semaines** :

Alpidem
Alprazolam*
Bromazépam*
Buspirone*
Chlordiazépam*
Chlordiazépoxide
Clobazam*
Clorazépate dipotassique*
Clotiazépam*
Délorazépam
Diazépam*

Diazépam*
Difébarbama
Ethyl loflazépate*
Etifoxine*
Fébarbamate
Hydroxyzine*
Kétazolam
Lorazépam*
Médazépam
Nordazépam*
Oxazépam*
Prazépam*
Tofisopam*

Lorsqu'un médicament contient un ou plusieurs hypnotiques et anxiolytiques et qu'il comporte l'indication « insomnie » sur son AMM, il est soumis à la réglementation la plus stricte.
(art. R.5132-21 du CSP)

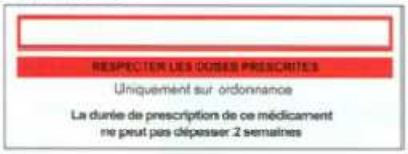
Détention

Les anxiolytiques et hypnotiques précédemment cités comme tous médicaments et produits relevant de la liste I ou de la liste II ne doivent pas être directement accessibles au public.
(art. R. 5132-26 du CSP)

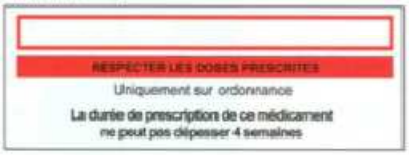
Etiquetage

L'emballage extérieur des médicaments doit présenter sous la dénomination spéciale, un espace blanc qui est délimité par un filet rouge pour les médicaments et produits relevant de la liste I.
Les mentions « Respecter les doses prescrites » en caractères noirs sur fond rouge, « Uniquement sur ordonnance » en caractères noirs doivent figurer sur l'emballage ainsi que la mention « Ne pas avaler » lorsque le médicament n'est ni injectable, ni destiné aux voies nasale, orale, perlinguale, sublinguale, rectale vaginale ou urétrale.

Le conditionnement extérieur des médicaments dont la durée de prescription est limitée à :
- 2 semaines, doit comporter la mention « ce médicament ne peut être prescrit pour une durée supérieure à deux semaines » ;



- 4 semaines, doit comporter la mention « ce médicament ne peut être prescrit pour une durée supérieure à quatre semaines » ;



- 12 semaines, doit comporter la mention « ce médicament ne peut être prescrit pour une durée supérieure à douze semaines ».

(art. R. 5132-15, R. 5132-18, R. 5132-25 du CSP)

Dispensation

Toute prescription de médicaments doit être rédigée après examen du malade, sur une ordonnance et indiquer lisiblement les données suivantes :

1. Informations concernant le prescripteur :
- le nom ;
- la qualité ;
- la qualification, le titre, ou la spécialité, le cas échéant ;
- l'identifiant s'il existe ;
- l'adresse ;
- la date de rédaction de l'ordonnance ;
- la signature.

2. Informations concernant le patient :
- le nom ;
- les prénoms ;
- le sexe ;
- l'age
- la taille et le poids si nécessaire.

3. Informations concernant la prescription
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune
- la posologie et le mode d'emploi ;
- la durée du traitement ou le nombre de conditionnements lorsque la prescription est établie en dénomination commune ;
- le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;
- le cas échéant, la mention expresse par laquelle le prescripteur exclut la possibilité de substitution du médicament. Auquel cas, la mention «Non substituable» doit être manuscrite et précédée de la dénomination de spécialité.
(art. R. 5132-3, R. 5121-95, R. 5121-77, R. 5125-54 du CSP)

Conditions de délivrance
La première délivrance d'un hypnotique ou d'un anxiolytique ne peut s'effectuer que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de trois mois.
(art. R. 5132-22 du CSP)

Le renouvellement de la délivrance d'un hypnotique et/ou anxiolytique n'est possible qu'à l'intérieur de la durée de prescription limitée à 12, 4 ou 2 semaines selon le cas et seulement si le prescripteur a précisé le nombre de renouvellements ou la durée de traitement. Il ne peut avoir lieu qu'après un délai déterminé résultant de la posologie et des quantités précédemment délivrées.
(art. R. 5132-21, R. 5132-22, R. 5132-14 du CSP)

Il ne peut être délivré en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à un mois de 30 jours selon le conditionnement. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée dans la limite de trois mois. En outre, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de 12 semaines.
(art. R. 5132-12 du CSP)

De plus, le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.
(art. R. 5132-13 du CSP)

Transcriptions ou enregistrements
Les personnes habilitées à exécuter les ordonnances ou les commandes d'un hypnotique et/ou anxiolytique (médicament relevant de la liste I) doivent les transcrire aussitôt

- sur un registre, à la suite, à l'encre, sans blanc, ni surcharge,

ou

- les enregistrer immédiatement par tout système approprié ne permettant aucune modification des données qu'il contient après validation de leur enregistrement.

- ils permettent une édition immédiate à la demande de toute autorité de contrôle, chaque page éditée devant comporter le nom et l'adresse de l'officine,

- les données qu'ils contiennent doivent figurer sur un support garantissant leur pérennité et leur intégrité.

- elles doivent être dupliquées sur deux supports distincts, le premier servant à la consultation habituelle, le second étant gardé en réserve.

- les données archivées doivent pouvoir être accessibles et consultées et exploitées pendant la durée de leur conservation.

Les registres, et les enregistrements informatisés sont conservés pendant une durée de dix ans et sont tenus à la disposition des autorités de contrôle pendant la durée prescrite.

Ces enregistrements doivent pouvoir être éditées sur papier et être classés par patient, par médicament et par ordre chronologique . Ils sont mis à la disposition des autorités de contrôle à leur demande.

Les transcriptions ou enregistrements comportent pour chaque médicament un numéro d'ordre différent et mentionnent :
- *le nom et l'adresse du prescripteur ;*
- *le nom et l'adresse du patient ;*
- *la date de délivrance ;*
- *la dénomination du médicament ;*
- *les quantités délivrées ;*
- *le nom de l'établissement ou du service de santé ayant effectué la prescription ;*
- *si la prescription du médicament est réservée à un médecin spécialiste, la spécialité du prescripteur.*

(art. R. 5132-9, R. 5132-10 du CSP)

Le renouvellement fait l'objet d'un nouvel enregistrement. Lorsqu'il est effectué par le même dispensateur, l'enregistrement peut consister en la seule indication du numéro afférent à la délivrance précédente.
(art. R. 5132-14 du CSP)

Mentions sur l'ordonnance
Après exécution, sont apposés sur l'ordonnance :
- le timbre de l'officine ;
- le ou les numéros d'enregistrement à l'ordonnancier ;
- la date d'exécution ;
- les quantités délivrées ;
- dans le cadre de la substitution générique, le nom du médicament délivré lorsqu'il diffère de celui prescrit, le nombre d'unité de prise correspondant à la posologie du traitement prescrit si ce nombre diffère pour le médicament délivré de celui du médicament prescrit.

(art. R. 5132-13, R. 5125-53 du CSP)
Ces indications doivent également être apposées sur l'ordonnance lors d'un renouvellement.

Textes de référence

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes (JO du 7/06/1990), modifié par :
Arrêté du 21 août 1991 (JORF 12/09/1991)
Arrêté du 11 octobre 1995 (JORF du 28/10/1995)
Arrêté du 25 février 1999 (JORF du 3/03/1999)
Arrêté du 22 janvier 2001 (arrêté du 26/01/2001)
Arrêté du 15 juillet 2002 (JORF du 23/07/2002)

Articles du Code de la santé publique cités :
R. 5121-77, R. 5121-95, R. 5125-53, R. 5125-54, R. 5132-3, R. 5132-9, R. 5132-10, R. 5132-12, R. 5132-13, R. 5132-14, R. 5132-15, R. 5132-18, R. 5132-21, R. 5132-22, R. 5132-25, R. 5132-26

Annexe E Modalités de prescription et délivrance des médicaments stupéfiants

Meddispar
Ordre des pharmaciens

Les substances vénéneuses

Médicaments stupéfiants et assimilés

Approvisionnement

L'acquisition de stupéfiants par les pharmaciens d'officine ne nécessite plus de carnet à souches.

Les pièces permettant antérieurement la commande des stupéfiants (ancien carnet à souches), sont conservées trois ans à partir de leur dernière utilisation afin de pouvoir être présentées à toutes réquisitions des autorités compétentes.

Comptabilité

1- Inscription des entrées et sorties

Toute entrée et sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites par le pharmacien

sur un registre

ou

enregistrées par un système informatique spécifique répondant aux conditions suivantes :

- *aucune modification des données ne doit être possible après validation de leur enregistrement,*
- *une édition immédiate des mentions doit pouvoir être effectuée à la demande de toute autorité de contrôle,*
- *chaque page éditée doit comporter le nom et l'adresse de l'établissement,*
- *les données doivent figurer sur un support garantissant leur pérennité et leur intégrité,*
- *Leur duplication est obligatoire sur deux supports distincts, le premier servant à la consultation habituelle, le second étant gardé en réserve,*
- *les données archivées doivent être accessibles, consultées et exploitées pendant la durée de leur conservation.*

L'inscription ou l'enregistrement par un système informatique des entrées et sorties se fait à chaque opération, en précisant la date à laquelle il est établi.

L'inscription ou l'enregistrement des entrées comporte la désignation et la quantité de stupéfiants reçus et pour les spécialités pharmaceutiques leur désignation et les quantités reçues en unité de prise.

L'inscription des sorties comporte :

- pour les préparations magistrales et officinales, la désignation et la quantité de stupéfiants utilisés,
- pour les spécialités pharmaceutiques, leur désignation et les quantités délivrées en unités de prise.

(Art R. 5132-36 du CSP)

2- Balance mensuelle :

Une balance mensuelle des entrées et sorties est

- *portée au registre* des stupéfiants *à l'encre, sans blanc, ni surchage,*

ou

- *éditée.*

(Art R. 5132-36 du CSP)

3- Conservation des pièces

*Le registre, les enregistrements informatiques et leurs éditions **par période maximale d'un mois**, sont conservés dix ans à compter de leur dernière mention, pour être présentés à toute réquisition des autorités de contrôle.*

(Art R. 5132-36 du CSP)

4- Inventaire du stock :

Chaque année, il est procédé à l'inventaire du stock, par pesées et décomptes. Les différences constatées entre la balance et l'inventaire sont soumises à l'appréciation du pharmacien inspecteur de santé publique lors de la première visite qui suit l'établissement de l'inventaire. Les mentions des écarts sont, le cas échéant, inscrites sur celui-ci. Cet inventaire est porté

- sur le registre à l'encre, sans blanc ni rature ou surcharge,

ou

- par voie d'enregistrement électronique. Aucune modification des données ne doit être possible après validation de leur enregistrement.

(Art R. 5132-36 du CSP)

5- Destruction :

En cas de péremption, d'altération ou de retour, le pharmacien titulaire de l'officine, procède à la dénaturation des substances, préparations ou médicaments classés comme stupéfiants en présence d'un confrère, désigné, dans des conditions excluant toute réciprocité et tout conflit d'intêret, par le Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, ou, pour les Pharmaciens d'Outre mer, du Conseil Central E.

Un mois avant l'opération envisagée, le pharmacien titulaire de l'officine en informe par écrit le pharmacien inspecteur régional de santé publique, en indiquant la date prévue, les noms, quantités et toutes précisions sur les formes et conditionnements des produits à détruire.
Après destruction des produits dénaturés, il adresse au pharmacien inspecteur régional de santé publique une copie du document attestant cette destruction. Les modalités de destruction des produits dénaturés doivent respecter la réglementation en vigueur en matière d'élimination des déchets. Un document attestant de la destruction est tenu, par le titulaire, à la disposition des autorités de contrôle.

Ces dispositions s'appliquent également aux reliquats issus du déconditionnement de spécialités.

Le modèle de document attestant la destruction, est fixé par arrêté ministériel.

Les documents attestant la destruction sont conservés dix ans à compter de leur dernière mention, pour être présentés à toute réquisition des autorités de contrôle.

(Art R. 5132-36 du CSP)

Pour application de la réglementation nouvelle sur la dénaturation et la destruction des stupéfiants et assimilés(décret du 7 février 2007), les documents suivants ont été élaborés par le Conseil Central A et adoptés par le Conseil National :

- la procédure récapitulant les différentes étapes,

- un modèle de bordereau de PV de destruction,

- un exemple de bordereau rempli

6- Vol :

Tout vol ou détournement est signalé sans délai aux autorités de police, à l'inspection régionale de la pharmacie et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Les quantités volées ou détournées sont portées sur le registre ou enregistrées.

(Art R. 5132-80 du CSP)

7- Cession d'officine :

Le pharmacien qui cède son officine procède, en présence de l'acquéreur, à l'inventaire des substances, préparations ou médicaments classés comme stupéfiants. Cet inventaire est reporté sur le registre spécial des stupéfiants ou dans les enregistrements informatiques et, dans ce second cas, annexé aux éditions des enregistrements et contresignés par les intéressés.

Le cédant remet à l'acquéreur qui lui en donne décharge le registre des stupéfiants ou les enregistrements et, dans ce second cas, les éditions des enregistrements et les pièces à conserver.

En cas de fermeture définitive de l'officine, ce registre ou les enregistrements et, dans ce second cas, les éditions des enregistrements et ces pièces sont déposées à l'inspection régionale de la pharmacie. Lors de la fermeture définitive de l'officine, le pharmacien titulaire de l'officine détruit les substances, ou préparations ainsi que des médicaments classés comme stupéfiants.

(Art R. 5132-37 du CSP)

Détention

Les substances ou préparations, et les plantes, ou parties de plantes classées comme stupéfiants ne doivent pas être directement accessibles au public. Elles sont impérativement conservées dans des armoires ou locaux ne contenant rien d'autre, fermés à clef et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé contre toute tentative d'effraction.

(Art R. 5132-80 du CSP)

Etiquetage

Etiquetage des médicaments en vrac

Les récipients ou emballages sont revêtus d'une étiquette d'un format adapté à leur volume, apposée de manière à ne pas pouvoir être involontairement détachée.
Cette étiquette porte de façon apparente, en caractères lisibles et indélébiles, les indications suivantes :

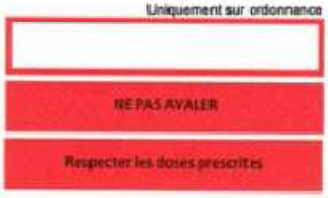
1. la dénomination du contenu ;
2. la masse brute et la tare correspondant au conditionnement utilisé ;
3. l'indication d'origine : les noms et l'adresse du fabricant ou du distributeur ou de l'importateur ;
4. une tête de mort à tibias croisés imprimée en noir, sur un fond carré de couleur orangé-jaune et de dimensions suffisantes. Ce carré est placé à l'angle supérieur gauche de l'étiquette ;
5. un numéro de référence pour chaque récipient ou emballage.

(art. R. 5132-38 du CSP)

Etiquetage des spécialités pharmaceutiques

L'emballage extérieur des médicaments doit présenter sous la dénomination spéciale, un espace blanc qui est délimité par un filet rouge.
Les mentions « Respecter les doses prescrites » en caractères noirs sur fond rouge, « Uniquement sur ordonnance » en caractères noirs doivent figurer sur l'emballage ainsi que la mention « Ne pas avaler » lorsque le médicament n'est ni injectable, ni destiné aux voies nasale, orale, perlinguale, sublinguale, rectale vaginale ou urétrale.

Toutefois, la mention "Uniquement sur ordonnance" n'est pas obligatoire pour les conditionnements primaires ne contenant qu'une dose d'utilisation, lorsque les médicaments sont contenus dans un emballage extérieur. De même, la mention "Respecter les doses prescrites" n'est pas obligatoire pour les ampoules ou autres conditionnements primaires pour lesquels l'apposition de cette mention ne permettrait pas une lisibilité optimale des autres mentions.
(art. R. 5132-15, R. 5132-18, R. 5132-38 du CSP)



*

La prescription d'un stupéfiant ou de médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants est réservée :
- à un médecin ;
- à un chirurgien-dentiste, pour l'usage de l'art dentaire ;
- à une sage-femme dans les limites de la liste publiée par arrêté ;
- à un directeur de LABM lorsqu'elle est directement liée à l'exercice de la biologie ;

- à un vétérinaire pour la médecine vétérinaire
(art. L. 4151-4, L. 6221-9, R. 5132-6 du CSP)

De plus, la prescription de substances stupéfiantes est interdite lorsque ces dernières ne sont pas contenues dans une spécialité pharmaceutique ou une préparation.

La prescription doit indiquer en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage s'il s'agit de spécialités, les doses ou les concentrations de substances et le nombre ou le volume s'il s'agit de préparations.
(art. R. 5132-29 du CSP)

Une prescription de médicaments stupéfiants ne peut être faite pour une durée de traitement supérieure à 28 jours. Pour certains médicaments désignés par arrêtés, cette durée peut être réduite.

Une nouvelle ordonnance comportant une prescription de stupéfiants ne peut être établie par le médecin pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance.
(art. R. 5132-30 du CSP)

Support de prescription
Depuis le 1er juillet 1999, les prescriptions de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants sont effectuées sur des ordonnances sécurisées.
Cette ordonnance sécurisée remplace les carnets à souches. Ses caractéristiques ont été définies par l'arrêté du 31 mars 1999. Elle possède un grammage et un filigrane spécifiques.
Sont pré imprimées en bleu sur un papier filigrané blanc naturel sans azurant optique les mentions suivantes :
- l'identification du prescripteur (nom, titre, adresse, téléphone, numéro Adeli) ;
- le numéro d'identification du lot d'ordonnances ;
- deux carrés emboîtés l'un dans l'autre en bas à droite réalisés à l'aide de micro-lettres pour préciser le nombre de spécialités prescrites.

Dispensation

Toute prescription de stupéfiants ou de médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants doit être rédigée après examen du malade sur une ordonnance sécurisée et indiquer lisiblement les données suivantes :

1. Informations concernant le prescripteur :
- le nom ;
- la qualité ;
- la qualification, le titre, ou la spécialité, le cas échéant ;
- l'identifiant s'il existe ;
- l'adresse ;
- le nom de l'établissement ou du service de santé pour les médicaments à prescription hospitalière ou à prescription initiale hospitalière ;
- la date de rédaction de l'ordonnance ;
- la signature.

2. Informations concernant le patient :
- le nom ;
- les prénoms ;
- le sexe ;
- l'âge ;
- la taille et le poids si nécessaire.

3. Informations concernant la prescription
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune
- la posologie et le mode d'emploi, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée du traitement, ou le nombre de conditionnement lorsque la prescription est établie en dénomination commune ;
- en toutes lettres, le nombre d'unités thérapeutiques de prise, le nombre de prises et le dosage s'il s'agit de spécialités, les doses ou concentrations de substances et le nombre d'unités ou le volume s'il s'agit de préparations ;
- s'il s'agit d'un médicament nécessitant une surveillance particulière et si l'autorisation de mise sur le marché (AMM), l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), l'autorisation d'importation (AI) le prévoient, la mention de l'accomplissement des examens préconisés et du respect des conditions de conduite du traitement ; voire, la date de réalisation des examens et s'ils ne sont pas effectués, le délai au terme duquel l'ordonnance devient caduque ;

réalisation des examens et s'ils ne sont pas effectués, le délai au terme duquel l'ordonnance devient caduque ;
- *la mention de la délivrance d'une information sur les risques liés à l'utilisation du médicament, si l'AMM, l'ATU, l'AI le prévoient ;*
- *le cas échéant, la mention expresse par laquelle le prescripteur exclut la possibilité de substitution du médicament. Auquel cas, la mention « Non substituable » doit être manuscrite et précédée de la dénomination de spécialité.*

Le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature, par tout moyen approprié.
(art. R. 5132-3, R. 5121-95, R. 5121-77, R. 5125-54, R. 5132-29 du CSP)

Cas particuliers :

La prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par ce pharmacien. (Art L.162-4-2 du Code de Sécurité Sociale)
Par arrêté, les spécialités pharmaceutiques concernées sont celles contenant les substances suivantes :
- *buprénorphine haut dosage, définie comme la buprénorphine administrée par voie orale à des doses unitaires supérieures à 0,2mg par prise ;*
- *flunitrazépam,*
- *méthadone sous toutes ses formes,*
- *méthylphénidate.*

Conditions de délivrance

Fractionnement
La délivrance fractionnée d'un médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants peut être décidée par arrêté ministériel, qui mentionne la durée de traitement maximum correspondant à chaque fraction.

Le prescripteur mentionne sur l'ordonnance la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Toutefois, il peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois ».
(art. R. 5132-30 du CSP)

L'ordonnance ne peut être exécutée dans sa totalité ou pour totalité de la fraction du traitement que si elle est présentée dans les trois jours suivant sa date d'établissement ou suivant la fin de la fraction précédente. Si elle est présentée au-delà de ce délai, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription ou de la fraction de traitement restant à courir.
(art. R. 5132-33 du CSP)

Le pharmacien est tenu de déconditionner la spécialité pour ne délivrer que le nombre exact d'unités thérapeutiques prescrites.

Chevauchement
Une nouvelle ordonnance comportant une prescription de stupéfiants ou assimilés ne peut être délivrée par le pharmacien pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance.
(art. R. 5132-33 du CSP)

Transcriptions ou enregistrements
Les personnes habilitées à exécuter les ordonnances de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, autres que les préparations doivent les transcrire aussitôt

- sur un registre, à la suite, à l'encre, sans blanc, ni surcharge,

ou

- les enregistrer immédiatement par tout système approprié.

- ne permettant aucune modification des données qu'il contient après validation de leur enregistrement

- ils permettent une édition immédiate à la demande de toute autorité de contrôle, chaque page éditée devant comporter le nom et l'adresse de l'officine,

- les données qu'ils contiennent doivent figurer sur un support garantissant leur pérennité et leur intégrité.

- elles doivent en outre, être dupliquées sur deux supports distincts, le premier servant à la consultation habituelle, le second étant gardé en réserve.

- les données archivées doivent pouvoir être accessibles, consultées et exploitées pendant la durée de leur conservation.

(Art R. 5132-9 du CSP)

Les registres, et les enregistrements informatisés sont conservés pendant une durée de dix ans et sont tenus à la disposition des autorités de contrôle pendant la durée precrite.

Ces enregistrements doivent pouvoir être édités sur papier et être classés **par patient, par médicament et par ordre chronologique**. Ils sont mis à la disposition des autorités de contrôle à, leur demande.

Les transcriptions ou enregistrements comportent pour chaque médicament un numéro d'ordre différent et mentionnent :
- le nom et l'adresse du prescripteur ;
- le nom et l'adresse du patient ;
- la date de délivrance ;
- la dénomination ou la formule du médicament ou de la préparation;
- les quantités délivrées ;

- si le médicament est à prescription hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé, le nom du prescripteur ayant effectué la prescription,

- si le médicament est à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé, le nom du prescripteur ayant effectué la prescription initiale hospitalière,

- si la prescription du médicament est réservée à un médecin spécialiste, la spécialité du prescripteur.

De plus, le pharmacien enregistre le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade.

Si le porteur est inconnu du pharmacien, celui-ci demande une justification d'identité dont il reporte les références sur le registre.
(art. R. 5132-9, R. 5132-10 , R. 5132-35 du CSP)

Mentions sur l'ordonnance
Après exécution, sont apposés sur l'ordonnance :
- le timbre de l'officine ;
- le ou les numéros d'enregistrement ;
- la date d'exécution ;
- les quantités délivrées, **formulées en unité de prise** ;
- dans le cadre de la substitution générique, le nom du médicament délivré lorsqu'il diffère de celui prescrit, la forme pharmaceutique, le nombre d'unités de prise correspondant à la posologie du traitement prescrit si ce nombre diffère pour le médicament délivré de celui du médicament prescrit.

(art. R.5132-13, R. 5125-53 du CSP)

Une copie de toute ordonnance comportant la prescription d'un ou plusieurs médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, revêtue des mentions ci-dessus, est conservée pendant trois ans par le pharmacien. Pour les spécialités pharmaceutiques, les quantités délivrées sont formulées en unités de prise. Ces copies sont présentées à toute réquisition des autorités de contrôle.
(art. R. 5132-35 du CSP)

Inscriptions à porter sur l'emballage du médicament :

Le pharmacien inscrit la posologie prescrite, son nom, adresse ainsi que le numéro d'ordre.

Transport lors d'un déplacement à l'étranger

Les règles à respecter pour le transport personnel de médicaments stupéfiants détenus dans le cadre d'un traitement médical diffèrent selon que le lieu de destination est un pays signataire de l'Accord de Schengen ou un pays tiers à l'espace Schengen. Ci-dessous, le tableau récapitulatif de l'Afssaps :

	Pays de l'Espace de Schengen	Autres pays
	Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède.	
Quels médicaments ?	Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants	Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants pour une durée de séjour supérieure à la durée maximale de prescription. (sinon l'ordonnance médicale suffit)
Documents requis*	Autorisation de transport	- Original de la prescription médicale. - Attestation de transport.
Autorité de délivrance compétente	DDASS du département où le médecin prescripteur est enregistré	Afssaps Unité Stupéfiants et Psychotropes Tel : 01 55 87 35 93
Pièces à fournir	- Demande du patient. - Original de la prescription médicale.	• Demande du patient (pays de destination, durée du séjour, quantité et dosage du médicament transporté). - Copie de la prescription médicale. • Certificat du médecin.
Validité	30 jours dans la limite de la durée maximale de prescription du médicament transporté.	Mentionnée sur l'attestation.

* Ces documents doivent être présentés sur réquisition des autorités compétentes de contrôle.

Textes de référence

- Articles du code de la santé publique cités :
L. 4151-4, L. 6221-9
R. 5121-77, R. 5121-95, R. 5125-53, R. 5125-54, R. 5132-3, R. 5132-6, R. 5132-9, R. 5132-10, R. 5132-13, R.5132-15, R. 5132-18, R. 5132-29, R. 5132-30, R. 5132-33, R. 5132-35, R. 5132-36, R. 5132-37, R.5132-38, R. 5132-80,

- Article du code de la sécurité sociale cité :
L. 162-4-2

- Arrêté du 22 février 1990 relatif aux conditions de détention des substances classées comme stupéfiants (JORF du 07/06/1990)
- Arrêté du 12 octobre 2005 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes (JORF du 08/11/2005)
- Limitation de la prescription à 14 jours et à 7 jours : arrêté du 20 septembre 1999 (JORF du 24/09/1999)
- Fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de fentanyl (7 ou 14 jours) : arrêté du 25 janvier 2010 relatif à la délivrance de certains médicaments à base de Fentanyl (JORF du 29/01/2010)
- Limitation de la délivrance traitements de 7 jours : arrêté du 8 février 2000 relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base de méthadone (JORF 16/02/2000)
- Arrêté du 31 mars 1999 fixant les spécifications techniques des ordonnances sécurisées mentionnées à l'article R. 5194 du Code de la santé publique (JORF du 01/04/1999)

- Décret n°2007-157 du 5 février 2007, publié au JO du 7 février 2007 relatif aux substances vénéneuses.

- Arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L.162-4-2 du code de la sécurité sociale, publié au JO du 8 avril 2008.

Annexe F Extraction de la base de données des agents avant traitement statistique

Libellé agent	Avortement	Criminel / Acte de malveillance	Mésusage ou surdosage médicamenteux non suicidaire	Soumission chimique	Suicide (Conduite suicidaire)	Toxicomanie/Addiction
[2]ALCOOL ETHYLIQUE						1
1-BENZYLPIPERAZINE						1
2 HYDROXYPROPYLMETHYLETHERCELLULOSE					1	
2,2,2-TRICHLOROÉTHANE-1,1-DIOL					1	
ABILIFY COMPRIME 10 MG			1		2	
ABSINTHE, EXTRAITS						
ABSORBEUR D'HUMIDITE / DESSICANT					1	
ACARICIDE ANTIMITE					1	
ACCUMULATEUR DE FROID / BLOC GLACIERE						
ACE BLANCHISSEUR POUDRE					1	
ACE DELICAT SANS JAVEL					2	
ACE DELICAT VIVACTIVE SANS JAVEL					1	
ACEBUTOLOL 200 MG COMPRIMES BAYER					2	
ACEBUTOLOL PHARMUKA					1	
ACETONE					3	
ACETYLCYSTEINE					1	
ACETYLCYSTEINE - ATC V03AB23					1	
ACICLOVIR					1	
ACIDE ASCORBIQUE					1	
ACIDE BORIQUE						
ACIDE GAMMA HYDROXYBUTYRIQUE				2		4
ACIDE LYSERGIQUE						1
ACIDE O-ACETYLSALICYLIQUE					9	
ACIDE SALICYLIQUE					1	
...					2	

Annexe G Base de données après élimination des agents non médicamenteux

Circonstance	Code du dossier	Date premier appel	N° de l'année	Jour	Date	Heure	Libellé agent	Type d'agent	Nagent
Suicide (Conduite suicidaire)	8847	25/10/99 19:25	1999	Lundi	25/10/1999	15	DEROXAT 20 MG COMPRIME	Préparation	2017095
Suicide (Conduite suicidaire)	8852	25/10/99 20:55	1999	Lundi	25/10/1999	12	RISPERDAL 2 MG	Préparation	3000562
Suicide (Conduite suicidaire)	8852	25/10/99 20:55	1999	Lundi	25/10/1999	12	STILNOX 10 MG	Préparation	3000477
Suicide (Conduite suicidaire)	8854	25/10/99 21:55	1999	Lundi	25/10/1999	20	LYSANXIA 10 MG COMPRIME	Préparation	3001151
Suicide (Conduite suicidaire)	8854	25/10/99 21:55	1999	Lundi	25/10/1999	20	PROTHIADEN 75 MG	Préparation	3000615
Suicide (Conduite suicidaire)	8856	25/10/99 22:30	1999	Lundi	25/10/1999	17	IMOVANE	Préparation	2005451
Suicide (Conduite suicidaire)	8858	25/10/99 23:15	1999	Lundi	25/10/1999	23	AVLOCARDYL 40 MG COMPRIME	Préparation	2001397
Suicide (Conduite suicidaire)	8858	25/10/99 23:15	1999	Lundi	25/10/1999	23	TIAPRIDAL	Préparation	2011294
Suicide (Conduite suicidaire)	8858	25/10/99 23:15	1999	Lundi	25/10/1999	23	STABLON	Préparation	2013215
Suicide (Conduite suicidaire)	8861	26/10/99 8:00	1999	Mardi	26/10/1999	6	MERCUROCHROME ATC D08AK04	Classe agent	2011269
Suicide (Conduite suicidaire)	8861	26/10/99 8:00	1999	Mardi	26/10/1999	6	DEROXAT 20 MG COMPRIME	Préparation	2017095
Suicide (Conduite suicidaire)	8866	26/10/99 11:35	1999	Lundi	25/10/1999	23	SERESTA	Préparation	2008205
Suicide (Conduite suicidaire)	8866	26/10/99 11:35	1999	Lundi	25/10/1999	23	XANAX	Préparation	2017641
Suicide (Conduite suicidaire)	8866	26/10/99 11:35	1999	Lundi	25/10/1999	23	IXEL	Préparation	3000677
Suicide (Conduite suicidaire)	8874	26/10/99 22:00	1999	Mardi	26/10/1999	22	ERCEFURYL	Préparation	2011341
Suicide (Conduite suicidaire)	8874	26/10/99 22:00	1999	Mardi	26/10/1999	22	LUTENYL 2 MG	Préparation	3001138
Suicide (Conduite suicidaire)	8874	26/10/99 22:00	1999	Mardi	26/10/1999	22	MYNOCINE	Préparation	2009772
Suicide (Conduite suicidaire)	8875	26/10/99 22:30	1999	Mardi	26/10/1999	21	TYLENOL	Préparation	2009503
Suicide (Conduite suicidaire)	8876	27/10/99 4:00	1999	Mercredi	27/10/1999	4	TERCIAN COMPRIME 100 MG	Préparation	3000451
Suicide (Conduite suicidaire)	8876	27/10/99 4:00	1999	Mercredi	27/10/1999	4	EQUANIL 400 MG	Préparation	3000639
Suicide (Conduite suicidaire)	8876	27/10/99 4:00	1999	Mercredi	27/10/1999	4	EFFEXOR 25 MG	Préparation	2018194
Suicide (Conduite suicidaire)	8880	26/10/99 18:10	1999	Lundi	25/10/1999	20	SERESTA	Préparation	2008205
Suicide (Conduite suicidaire)	8880	26/10/99 18:10	1999	Lundi	25/10/1999	20	XANAX 0.5 MG	Préparation	3000303
Suicide (Conduite suicidaire)	8880	26/10/99 18:10	1999	Lundi	25/10/1999	20	IXEL 50 MG GELULES	Préparation	46260
Toxicomanie / Addiction	8909	27/10/99 22:08	1999	Mercredi	27/10/1999	21	SYMPAVAGOL	Préparation	2008769
…									

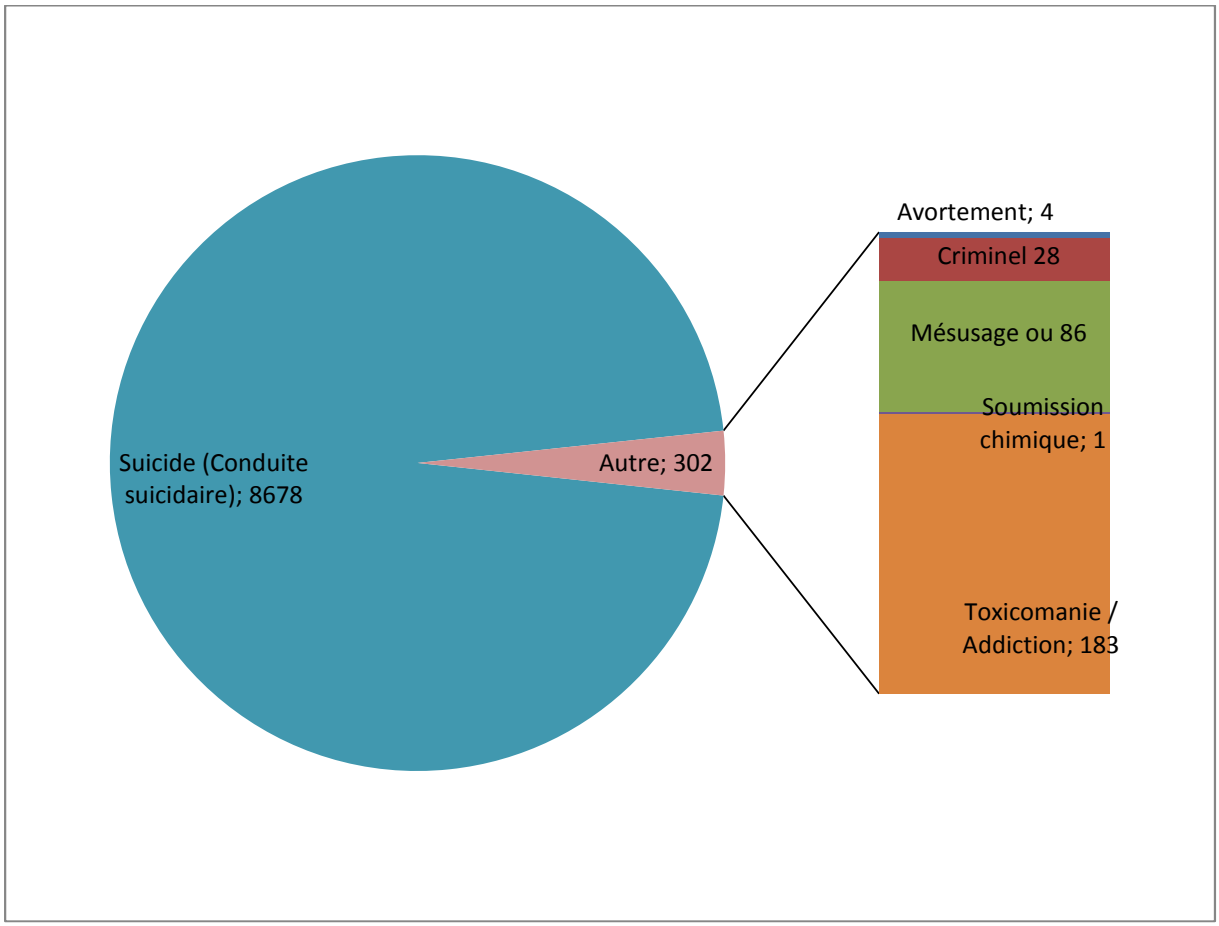
Annexe H : exemple de la classification ATC système nerveux

	Libellé ATC
N	SYSTEME NERVEUX
N01	ANESTHESIQUES
N01A	ANESTHESIQUES GENERAUX
N01AA	ETHERS
N01AB	HYDROCARBURES HALOGENES
N01AF	BARBITURIQUES NON ASSOCIES
N01AG	BARBITURIQUES EN ASSOCIATION AVEC D'AUTRES SUBSTANCES
N01AH	ANESTHESIQUES OPIOIDES
N01AX	AUTRES ANESTHESIQUES GENERAUX
N01B	ANESTHESIQUES LOCAUX
N01BA	ESTERS DE L'ACIDE AMINOBENZOIQUE
N01BB	AMIDES
N01BC	ESTERS DE L'ACIDE BENZOIQUE
N01BX	AUTRES ANESTHESIQUES LOCAUX
N02	ANALGESIQUES
N02A	OPIOIDES
N02AA	ALCALOIDES NATURELS DE L'OPIUM
N02AB	DERIVES DE LA PHENYLPIPERIDINE
N02AC	DERIVES DE LA DIPHENYLPROPYLAMINE
N02AD	DERIVES DU BENZOMORPHANE
N02AE	DERIVES DE L'ORIPAVINE
N02AF	DERIVES DU MORPHINANE
N02AG	OPIOIDES EN ASSOCIATION AVEC DES ANTISPASMODIQUES
N02AX	AUTRES OPIOIDES
N02B	AUTRES ANALGESIQUES ET ANTIPYRETIQUES
N02BA	ACIDE SALICYLIQUE ET DERIVES
N02BB	PYRAZOLONES
N02BE	ANILIDES
N02BG	AUTRES ANALGESIQUES ET ANTIPYRETIQUES
N02C	ANTIMIGRAINEUX
N02CA	ALCALOIDES DE L'ERGOT
N02CB	DERIVES DES CORTICOIDES
N02CC	AGONISTES SELECTIFS DES RECEPTEURS 5HT1
N02CX	AUTRES ANTIMIGRAINEUX
N03	ANTIEPILEPTIQUES
N03A	ANTIEPILEPTIQUES
N03AA	BARBITURIQUES ET DERIVES
N03AB	DERIVES DE L'HYDANTOINE
N03AC	DERIVES DE L'OXAZOLIDINE
N03AD	DERIVES DU SUCCINIMIDE
N03AE	DERIVES DE LA BENZODIAZEPINE
N03AF	DERIVES DU CARBOXAMIDE
N03AG	DERIVES D'ACIDE GRAS
N03AX	AUTRES ANTIEPILEPTIQUES
N04	ANTIPARKINSONIENS
N04A	ANTICHOLINERGIQUES
N04AA	AMINES TERTIAIRES
N04AB	ETHERS, CHIMIQUEMENT PROCHES DES ANTIHISTAMINIQUES
N04AC	ETHERS DE LA TROPINE ET DERIVES
N04B	DOPAMINERGIQUES
N04BA	DOPA ET DERIVES
N04BB	DERIVES DE L'ADAMANTANE
N04BC	AGONISTES DOPAMINERGIQUES
N04BD	INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE TYPE B
N04BX	AUTRES DOPAMINERGIQUES
N05	PSYCHOLEPTIQUES
N05A	ANTIPSYCHOTIQUES
N05AA	PHENOTHIAZINES A CHAINE ALIPHATIQUE
N05AB	PHENOTHIAZINES DE STRUCTURE PIPERAZINIQUE
N05AC	PHENOTHIAZINES DE STRUCTURE PIPERIDINIQUE
N05AD	DERIVES DE LA BUTYROPHENONE
N05AE	DERIVES INDOLIQUES
N05AF	DERIVES DU THIOXANTHENE
N05AG	DERIVES DE LA DIPHENYLBUTYLPIPERIDINE
N05AH	DIAZEPINES, OXAZEPINES ET THIAZEPINES
N05AK	NEUROLEPTIQUES UTILISES DANS LES DYSKINESIES TARDIVES
N05AL	BENZAMIDES
N05AN	LITHIUM
N05AX	AUTRES ANTIPSYCHOTIQUES
N05B	ANXIOLYTIQUES
N05BA	DERIVES DE LA BENZODIAZEPINE
N05BB	DERIVES DU DIPHENYLMETHANE
N05BC	CARBAMATES
N05BD	DERIVES DU DIBENZO-BICYCLO-OCTADIENE
N05BE	DERIVES DE L'AZASPIRODECANEDIONE
N05BX	AUTRES ANXIOLYTIQUES
N05C	HYPNOTIQUES ET SEDATIFS
N05CA	BARBITURIQUES NON ASSOCIES
N05CB	BARBITURIQUES EN ASSOCIATION

N05CC	ALDEHYDES ET DERIVES
N05CD	DERIVES DE LA BENZODIAZEPINE
N05CE	DERIVES DE LA PIPERIDINEDIONE
N05CF	MEDICAMENTS RELIES AUX BENZODIAZEPINES
N05CH	ANTAGONISTES DES RECEPTEURS A LA MELATONINE
N05CM	AUTRES HYPNOTIQUES ET SEDATIFS
N05CX	HYPNOTIQUES ET SEDATIFS EN ASSOCIATION, BARBITURIQUES EXCLUS
N06	PSYCHOANALEPTIQUES
N06A	ANTIDEPRESSEURS
N06AA	INHIBITEURS NON SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA MONOAMINE
N06AB	INHIBITEURS SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE
N06AF	INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE, NON SELECTIFS
N06AG	INHIBITEURS DE LA MONAMINE OXYDASE TYPE A
N06AX	AUTRES ANTIDEPRESSEURS
N06B	PSYCHOSTIMULANTS ET NOOTROPIQUES
N06BA	SYMPATHOMIMETIQUES D'ACTION CENTRALE
N06BC	DERIVES DE LA XANTHINE
N06BX	AUTRES PSYCHOSTIMULANTS ET NOOTROPIQUES
N06C	PSYCHOLEPTIQUES ET PSYCHOANALEPTIQUES EN ASSOCIATION
N06CA	ANTIDEPRESSEURS EN ASSOCIATION AVEC DES PSYCHOLEPTIQUES
N06CB	PSYCHOSTIMULANTS EN ASSOCIATION AVEC DES PSYCHOLEPTIQUES
N06D	MEDICAMENTS CONTRE LA DEMENCE
N06DA	ANTICHOLINESTERASIQUES
N06DX	AUTRES MEDICAMENTS CONTRE LA DEMENCE
N07	AUTRES MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX
N07A	PARASYMPATHOMIMETIQUES
N07AA	ANTICHOLINESTERASIQUES
N07AB	ESTERS DE LA CHOLINE
N07AX	AUTRES PARASYMPATHOMIMETIQUES
N07B	MEDICAMENTS DU SEVRAGE
N07BA	MEDICAMENTS UTILISES DANS LE SEVRAGE TABAGIQUE
N07BB	MEDICAMENTS DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE
N07BC	MEDICAMENTS UTILISES DANS LA DEPENDANCE OPIOIDE
N07C	ANTIVERTIGINEUX
N07CA	ANTIVERTIGINEUX
N07X	AUTRES MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX
N07XA	GANGLIOSIDES ET DERIVES
N07XX	AUTRES MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX

Annexe I Dénombrement des différentes causes d'intoxication au CAPTV de Nancy de 1999 à 2008

Circonstances d'intoxication	Nombre de dossiers	% des dossiers
Avortement	4	0,04%
Criminel / Acte de malveillance	28	0,31%
Mésusage ou surdosage médicamenteux non suicidaire	86	0,96%
Soumission chimique	1	0,01%
Suicide (Conduite suicidaire)	8678	96,64%
Toxicomanie / Addiction	183	2,04%
(vide)		0,00%
Total général	8980	100,00%



Annexe J Dénombrement des causes d'hospitalisations à partir de la base de données

Classe d'âge	hommes	femmes	hommes+ femmes
Moins d'un an	111	114	225
1 à 4 ans	1925	1546	3471
5 à 14 ans	915	2888	3803
15 à 24 ans	6010	15978	21988
25 à 34 ans	9053	12854	21907
35 à 44 ans	9046	16356	25402
45 à 54 ans	5235	12455	17690
55 à 64 ans	1754	4433	6187
65 à 74 ans	1228	2651	3879
75 à 84 ans	1263	2772	4035
85 ans et +	554	1655	2209
Tous âges	37124	73719	110843

Annexe K Nombre d'appels au CAPTV de NANCY

ANNEES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total général
Nombre de dossiers	**1468**	**1713**	**1243**	**958**	**960**	**836**	**751**	**1267**	**9196**
nb d'appels au CAP	9034	8527	8573	8261	8259	7301	8159	15383	73497
nb IMV sur nb d'appel	0,1625	0,20089	0,14499	0,116	0,11624	0,1145	0,092	0,08236	0,125120753
Nb IMV pour 100 appels	16,25	20,09	14,50	11,60	11,62	11,45	9,20	8,24	12,51207532

Annexe L Exemple du dénombrement des chiffres de vente d'une classe ATC de rang 4 :"dérivés de la benzodiazépine"

PRODUIT	CODE ATC	Dénombrement 2004	Dénombrement 2005	Dénombrement 2006	Dénombrement 2007	Dénombrement 2008	ATC1	ATC4	ATC5	Total 2004-2008
TOTAL CLASSE ATC		46 859 722	46 082 548	45 660 252	46 276 394					184 878 916
VALIUM	N05BA01	66 716	66 519	68 835	68 316	65 911	N	N05BA	N05BA01	270 386
VALIUM	N05BA01	590 553	617 957	641 612	650 864	571 298	N	N05BA	N05BA01	2 500 985
VALIUM	N05BA01	425 660	421 547	405 617	384 413	331 444	N	N05BA	N05BA01	1 637 236
VALIUM	N05BA01	104 894	100 600	94 695	89 838	89 947	N	N05BA	N05BA01	390 027
DIAZEPAM RATIOPHARM	N05BA01	35 213	42 950	55 326	81 742	138 680	N	N05BA	N05BA01	215 231
DIAZEPAM RATIOPHARM	N05BA01	8 300	9 099	10 572	13 683	20 992	N	N05BA	N05BA01	41 654
DIAZEPAM RATIOPHARM	N05BA01	53 318	67 269	91 307	150 404	277 058	N	N05BA	N05BA01	362 298
NOVAZAM	N05BA01	25 953	23 213	17 313	723	79	N	N05BA	N05BA01	67 202
SERESTA	N05BA04	8					N	N05BA	N05BA04	8
SERESTA	N05BA04	3 722 568	3 464 404	3 741 407	4 008 635	4 198 639	N	N05BA	N05BA04	14 937 014
SERESTA	N05BA04	140	6				N	N05BA	N05BA04	146
SERESTA	N05BA04	1 100 541	1 195 551	1 246 377	1 492 285	1 635 395	N	N05BA	N05BA04	5 034 753
TRANXENE	N05BA05	1 690 531	1 730 243	1 671 075	925 239	1 384	N	N05BA	N05BA05	6 017 088
TRANXENE	N05BA05	1 232 512	1 169 551	1 104 781	616 813	1 176	N	N05BA	N05BA05	4 123 656
TRANXENE	N05BA05	138 335	1 721	99	35	25	N	N05BA	N05BA05	140 189
TRANXENE	N05BA05	24 457	19 207	15 412	12 059	11 943	N	N05BA	N05BA05	71 135
TRANXENE	N05BA05	22 249	20 614	20 351	13 949	18 240	N	N05BA	N05BA05	77 163
TRANXENE	N05BA05	225	184	198	261	204	N	N05BA	N05BA05	869
TRANXENE	N05BA05	437	510	385	323	414	N	N05BA	N05BA05	1 655
TRANXENE	N05BA05	879 428	807 928	3 502	581	72	N	N05BA	N05BA05	1 691 439
TRANXENE	N05BA05		56 550	536 503	474 602	433 847	N	N05BA	N05BA05	1 067 656
TRANXENE	N05BA05				421 915	951 824	N	N05BA	N05BA05	421 915
TRANXENE	N05BA05				640 602	1 449 542	N	N05BA	N05BA05	640 602
TEMESTA	N05BA06	2 524 060	2 540 556	2 546 366	2 386 619	1 489 197	N	N05BA	N05BA06	9 997 601

TEMESTA	N05BA06	98	2				N	N05BA	N05BA06	100
LORAZEPAM GENEVAR	N05BA06	3					N	N05BA	N05BA06	3
LORAZEPAM MERCK	N05BA06	225 558	4 452	1 197	115 608	961 739	N	N05BA	N05BA06	346 815
LORAZEPAM MERCK	N05BA06	702	347	360 649	1 200 078	2 182 757	N	N05BA	N05BA06	1 561 776
LORAZEPAM BIOGARAN	N05BA06	65	2				N	N05BA	N05BA06	67
EQUITAM	N05BA06	9	8	64			N	N05BA	N05BA06	81
TEMESTA	N05BA06	5 901 591	5 483 190	4 850 068	3 862 299	2 679 294	N	N05BA	N05BA06	20 097 148
LORAZEPAM APOTEX FRANCE	N05BA06			18	7		N	N05BA	N05BA06	25
ANXYREX	N05BA08	138 682	62 614	48 137	37 292	29 641	N	N05BA	N05BA08	286 725
LEXOMIL ROCHE	N05BA08	5 433 585	5 325 688	4 846 364	3 961 828	3 373 574	N	N05BA	N05BA08	19 567 464
BROMAZEPAM RPG	N05BA08	62 177	57 754	52 386	42 156	41 736	N	N05BA	N05BA08	214 473
BROMAZEPAM RPG	N05BA08	172	80	95	47	21	N	N05BA	N05BA08	394
BROMAZEPAM BIOGARAN	N05BA08	708 295	555 518	589 968	1 027 464	1 223 910	N	N05BA	N05BA08	2 881 245
QUIETILINE	N05BA08	29 878	21 468	16 917	13 760	10 832	N	N05BA	N05BA08	82 023
BROMAZEPAM IVAX	N05BA08	26					N	N05BA	N05BA08	26
BROMAZEPAM MERCK	N05BA08	1 315 155	1 220 262	1 409 212	1 628 146	1 689 429	N	N05BA	N05BA08	5 572 775
BROMAZEPAM ZYDUS	N05BA08	1 187	41 350	119 777	212 340	203 545	N	N05BA	N05BA08	374 654
BROMAZEPAM G GAM	N05BA08	113 678	115 837	56 302	6 694	456	N	N05BA	N05BA08	292 510
BROMAZEPAM TEVA	N05BA08	241	5				N	N05BA	N05BA08	246
BROMAZEPAM QUALIMED	N05BA08	48 898	44 219	50 456	60 937	52 957	N	N05BA	N05BA08	204 510
BROMAZEPAM EG	N05BA08	279 494	285 650	374 118	473 294	477 261	N	N05BA	N05BA08	1 412 556
BROMAZEPAM SANDOZ	N05BA08	387 359	391 108	169 642	47	1	N	N05BA	N05BA08	948 157
BROMAZEPAM RATIOPHARM	N05BA08	368 170	362 023	415 793	421 926	412 862	N	N05BA	N05BA08	1 567 912
BROMAZEPAM EXPANPHARM	N05BA08	2					N	N05BA	N05BA08	2
BROMAZEPAM IVAX	N05BA08	442 446	566 853	430 346	284 770	5 781	N	N05BA	N05BA08	1 724 415
BROMAZEPAM ARROW	N05BA08	176 236	212 432	257 301	345 986	435 870	N	N05BA	N05BA08	991 955

BROMAZEPAM TEVA	N05BA08	424 022	404 135	372 790	336 982	2 715	N	N05BA	N05BA08	1 537 930
BROMAZEPAM WINTHROP	N05BA08	135 694	321 200	15 262	13		N	N05BA	N05BA08	472 170
BROMAZEPAM SANDOZ	N05BA08		5	251 500	413 617	330 862	N	N05BA	N05BA08	665 122
BROMAZEPAM WINTHROP	N05BA08		10 255	370 139	463 326	462 213	N	N05BA	N05BA08	843 719
BROMAZEPAM TEVA	N05BA08				64 187	785 103	N	N05BA	N05BA08	64 187
URBANYL	N05BA09	545 923	545 057	543 698	531 796	522 916	N	N05BA	N05BA09	2 166 474
URBANYL	N05BA09	867 888	858 071	829 931	801 056	770 489	N	N05BA	N05BA09	3 356 947
URBANYL	N05BA09	131 336	131 482	123 942	116 628	111 630	N	N05BA	N05BA09	503 388
LYSANXIA	N05BA11	3 500 913	3 604 767	3 672 349	3 756 923	3 825 574	N	N05BA	N05BA11	14 534 951
LYSANXIA	N05BA11	6					N	N05BA	N05BA11	6
LYSANXIA	N05BA11	273 386	269 859	270 915	264 547	260 468	N	N05BA	N05BA11	1 078 708
XANAX	N05BA12	2 185 102	1 904 493	1 518 097	969 894	547 649	N	N05BA	N05BA12	6 577 587
XANAX	N05BA12	2 147 154	1 972 289	1 598 229	1 075 488	642 048	N	N05BA	N05BA12	6 793 160
ALPRAZOLAM ARROW	N05BA12		14 109	72 814	167 973	264 350	N	N05BA	N05BA12	254 896
ALPRAZOLAM ARROW	N05BA12		11 298	62 022	109 615	229 532	N	N05BA	N05BA12	182 934
ALPRAZOLAM MERCK	N05BA12	893 649	870 400	1 000 078	1 237 629	1 494 428	N	N05BA	N05BA12	4 001 756
ALPRAZOLAM MERCK	N05BA12	1 047 026	1 022 252	1 179 162	1 478 292	1 773 029	N	N05BA	N05BA12	4 726 732
ALPRAZOLAM EG	N05BA12	307 319	344 760	379 915	381 680	371 909	N	N05BA	N05BA12	1 413 673
ALPRAZOLAM EG	N05BA12	255 795	298 318	314 312	317 005	309 794	N	N05BA	N05BA12	1 185 430
ALPRAZOLAM BIOGARAN	N05BA12	946 356	352 932	1 741	553	650	N	N05BA	N05BA12	1 301 582
ALPRAZOLAM BIOGARAN	N05BA12	768 660	299 812	1 812	426	406	N	N05BA	N05BA12	1 070 710
ALPRAZOLAM WINTHROP	N05BA12	149 838	215 005	4 861	3		N	N05BA	N05BA12	369 707
ALPRAZOLAM WINTHROP	N05BA12	123 684	161 797	3 042	14		N	N05BA	N05BA12	288 537
ALPRAZOLAM ZYDUS	N05BA12	234	10 444	46 561	98 314	113 434	N	N05BA	N05BA12	155 553
ALPRAZOLAM ZYDUS	N05BA12	207	9 734	38 623	80 484	95 663	N	N05BA	N05BA12	129 048
ALPRAZOLAM SANDOZ	N05BA12	612 011	655 519	24 875	31		N	N05BA	N05BA12	1 292 436
ALPRAZOLAM SANDOZ	N05BA12	553 471	606 347	57 007	10	1	N	N05BA	N05BA12	1 216 835
ALPRAZOLAM RATIOPHARM	N05BA12	223 245	259 257	322 125	375 377	417 381	N	N05BA	N05BA12	1 180 005

ALPRAZOLAM ALTER	N05BA12			8 129	24 998	26 660	N	N05BA	N05BA12	33 126
ALPRAZOLAM ALTER	N05BA12			9 384	29 687	30 824	N	N05BA	N05BA12	39 071
ALPRAZOLAM RATIOPHARM	N05BA12	192 393	220 329	251 125	305 514	352 282	N	N05BA	N05BA12	969 361
ALPRAZOLAM G GAM	N05BA12	134 163	164 812	83 331	10 890	522Z	N	N05BA	N05BA12	393 197
ALPRAZOLAM G GAM	N05BA12	155 997	182 239	85 887	12 082	759	N	N05BA	N05BA12	436 206
ALPRAZOLAM RPG	N05BA12	103 457	121 679	100 888	103 381	113 398	N	N05BA	N05BA12	429 406
ALPRAZOLAM RPG	N05BA12	89 036	105 825	96 083	91 347	103 666	N	N05BA	N05BA12	382 292
ALPRAZOLAM TEVA	N05BA12	151 679	287 284	356 269	420 457	514 529	N	N05BA	N05BA12	1 215 689
ALPRAZOLAM TEVA	N05BA12	190 061	347 834	433 185	513 217	625 132	N	N05BA	N05BA12	1 484 297
ALPRAZOLAM BIOGARAN	N05BA12		393 617	742 509	903 844	1 078 748	N	N05BA	N05BA12	2 039 970
ALPRAZOLAM BIOGARAN	N05BA12	1	485 601	910 616	1 120 414	1 319 576	N	N05BA	N05BA12	2 516 632
ALPRAZOLAM SANDOZ	N05BA12		49 209	789 001	917 683	766 860	N	N05BA	N05BA12	1 755 893
ALPRAZOLAM SANDOZ	N05BA12		8 364	637 838	767 800	599 374	N	N05BA	N05BA12	1 414 002
ALPRAZOLAM WINTHROP	N05BA12		15 613	222 909	269 055	291 031	N	N05BA	N05BA12	507 577
ALPRAZOLAM WINTHROP	N05BA12		21 355	181 304	217 634	241 565	N	N05BA	N05BA12	420 293
ALPRAZOLAM ZYDUS	N05BA12					6	N	N05BA	N05BA12	0
ALPRAZOLAM ZYDUS	N05BA12					3	N	N05BA	N05BA12	0
NORDAZ	N05BA16	237 638	234 969	238 675	216 840	208 210	N	N05BA	N05BA16	928 122
NORDAZ	N05BA16	298 835	289 655	235 004	238 268	229 345	N	N05BA	N05BA16	1 061 762
VICTAN	N05BA18	459 083	435 592	412 911	390 022	366 966	N	N05BA	N05BA18	1 697 609
VERATRAN	N05BA21	318 408	303 231	313 388	378 466	370 919	N	N05BA	N05BA21	1 313 493
VERATRAN	N05BA21	150 401	148 591	150 451	168 741	177 988	N	N05BA	N05BA21	618 184
SERIEL	N05BA23	11	1				N	N05BA	N05BA23	12

Dossier n° 100129123 (Centre antipoison de Nancy)

APPEL(S)

Appel n° **1** (100129536) pris en charge par [442*6] *(Téléphone)*
le **5 juin 2007 à 01:04** : Intoxication (demande concernant une)
Demandeur de l'appel : EN ATTENTE CNIL, Urgentiste (médecin)
Non renseigné 57100 Thionville
N° de tél : Non renseigné
N° de Fax : Non renseigné
Commentaires :

DONNEES GENERALES DU DOSSIER

Exposition le : **4 juin 2007 à 23:00**
Lieu : Domicile non précisé
Type : Aigué
Suivi : Classé
Circonstance : Suicide (Conduite suicidaire)
Typage du cas : Non renseigné / PV : Non / Térato : Non
Imputabilité globale : Plausible
Commentaires : appel du 05/06/07 : pas de complication survenue depuis hier soir, sous surveillance médicale et scope toute la nuit aux urgences pédiatriques, transférée en hospite de pédiatrie ce matin pour simple surveillance
appel 07/06/07 : tous les bilans bio étaient normaux (paracétamolémie à 50-60), pas de complication, simple surveillance pour consultation psy

DETAILS DU DOSSIER Nombre de cas collectif : **0** / Nombre de cas unique : **1**

DONNEES DU(DES) CAS UNIQUE(S)

Nom : EN ATTENTE CNIL Code postal : -1, Sexe : Féminin, Date de naissance : , Age : **14,00** an(s) , Taille : cm, Poids : kg
Gravité globale : Non renseigné / Evolution finale : Evolution inconnue

LES AGENTS EN CAUSE

ADVIL 400 MG COMPRIME (imput.: Plausible) Qté : Estimée Inconnue (Quantité) (Connue) Forme : Solide Durée : Instantané (Instantanée) Voie : Orale	**XYZALL COMPRIME 5 MG** (imput.: Plausible) Qté : Estimée Inconnue (Quantité) (Connue) Forme : Solide Durée : Instantané (Instantanée) Voie : Orale
INEXIUM (imput.: Plausible) Qté : Estimée Inconnue (Quantité) (Connue) Forme : Solide Durée : Instantané (Instantanée) Voie : Orale	**SPIFEN 400 MG COMPRIME** (imput.: Plausible) Qté : Estimée Inconnue (Quantité) (Connue) Forme : Solide Durée : Instantané (Instantanée) Voie : Orale
ZOPICLONE (imput.: Plausible) Qté : Estimée Inconnue (Quantité) (Connue) Forme : Solide Durée : Instantané (Instantanée) Voie : Orale	**BACTERIX 200 MG GELULE** (imput.: Plausible) Qté : Estimée Inconnue (Quantité) (Connue) Forme : Solide Durée : Instantané (Instantanée) Voie : Orale

Commentaires : A "vidé" l'armoire à pharmacie.
Les Qtés sont inconnues. Possible prise faible et / ou nulle de certaines spécialités.

LES SYMPTOMES

Somnolence / obnubilation (imput.: Probable) intensité: Faible
2 Heure après exposition, pendant

Commentaires : Pas de troubles du rythme
Pas de trouble hemodynamique

LES EXAMENS

ECG, réalisé le 5 juin 2007 à 00:00 Résultat : Normal : (/)	**Médicaments : Paracétamol**, réalisé le 5 juin 2007 à 00:00 Résultat : Normal : 50-60 (/)
Créatininémie, réalisé le 5 juin 2007 à 00:00 Résultat : Normal : (/)	**Enzymes cytolytiques (SGOT - SGPT)**, réalisé le 5 juin 2007 à 00:00 Résultat : Normal : (/)

LES CONSEILS PRECONISES

Enzymes cytolytiques (SGOT - SGPT), Lieu : Hôpital / clinique	**Créatininémie**, Lieu : Hôpital / clinique
ECG, Lieu : Hôpital / clinique	**Médicaments : Paracétamol**, Lieu : Hôpital / clinique
Surveillance médicale, Lieu : Réanimation / Soins intensifs	

LES TRAITEMENTS EFFECTUES

Surveillance médicale par Médecin hospitalier à Hôpital / clinique

Commentaires : Monitorer les fonctions vitales jusque demain matin. Traitement symptomatique. Antidoter les BZD possible pour franchir un cap.
Surveiller le QT (monit ECG°
Risque dépression neuro et respi : troubles du rythm eet convulsiopn en théorie possibles. Voir pour NAC en focntion de la demi-vie paracétamol (demi-vie calculée)

LES ANTECEDENTS

Antécédent aucun (absence d'antécédent)

Commentaires : Pas de TTT chronique

EVALUATIONS DE RISQUE

Risque modéré : 1

CONCLUSION

Document strictement confidentiel - CAPTV *Edité le 25 mai 09 à 15:03:31*

FACULTE DE PHARMACIE — UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 22 juin 2010

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par MICHEL Simon

Sujet :
ETUDE DES SPECIALITES EMPLOYEES DANS LES INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES VOLONTAIRES AU CAPTV DE NANCY DE 1999 A 2008

Jury :

Président et Directeur M. Luc FERRARI, Maître de Conférences

Juges : M. Jacques MANEL, Chef de service du CAPTV Nancy
Mme Nathalie THILLY, Maître de Conférences
M. Sébastien DIEUDONNE, Docteur en Pharmacie

Vu,

Nancy, le 25 mai 2010

Le Président du Jury — Le Directeur de Thèse

M. FERRARI — **M. FERRARI**

Vu et approuvé,

Nancy, le 28 MAI 2010

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Le Vice Doyen,

Francine PAULUS

UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1 - FACULTE de PHARMACIE

Vu,

Nancy, le 7.06.2010

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Pour le Président
et par Délégation,
La Vice-Présidente du Conseil
des Etudes et de la Vie Universitaire,

C CARDEVILLE-ATTENSON
Jean-Pierre FINANCE

N° d'enregistrement : 3327

N°d'identification : 3327

TITRE

ETUDE DES SPECIALITES EMPLOYEES DANS LES INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES VOLONTAIRES AU CENTRE ANTIPOISON ET DE TOXICO-VIGILANCE DE NANCY DE 1999 A 2008

Thèse soutenue le 22 juin 2010
Par : MICHEL Simon

RESUME :

L'intoxication médicamenteuse volontaire est le mode de tentative de suicide le plus répandu et constitue un réel problème de santé publique.
L'étude a porté sur les cas collectés par le centre antipoison et de toxicovigilance de Nancy de 1999 à 2008.Les circonstances, le sexe de la victime, son âge et les spécialités employées ont été étudiées.
Les femmes représentent ainsi plus de deux tiers des cas et nous notons une précocité des intoxications médicamenteuses chez la femme par rapport à l'homme
Une grande partie des médicaments utilisés sont des psychotropes, classe largement prescrite à la population française. Les médicaments ne nécessitant pas de prescription médicale représentent une part non négligeable notamment dans les cas de mésusage ou de surdosage médicamenteux.
La formation initiale et continue des professionnels de santé est encore insuffisante sur le diagnostic et la prise en charge des pathologies psychiatriques, il en résulte un grand nombre de prescriptions inadaptées.
Ces dernières années les différentes réformes du système de soin tendent à faciliter l'accès aux médicaments de prescription médicale facultative, cela ne risque t il pas d'augmenter la iatrogénie médicamenteuse?

MOTS CLES : Intoxication, tentative de suicide, Médicament, IMV, Centre Antipoison.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature	
Dr. Luc FERRARI	TOXICOLOGIE	**Expérimentale**	☒
		Bibliographique	☐
		Thème	☒

Thèmes **1 – Sciences fondamentales** **2 – Hygiène/Environnement**
③– Médicament **4 – Alimentation – Nutrition**
5 - Biologie **6 – Pratique professionnelle**