

UNIVERSITE BORDEAUX II - VICTOR SEGALEN

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse n°141

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par :

Laura BUSCAGLIA

Née le 15 Août 1988 à Nantes (44)

Le 21 Octobre 2016

**Etude de la prévalence de la consommation de substances
psychoactives chez les adultes consultant dans un service
d'urgences au CHU de Bordeaux**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Caroline DE LA RIVIERE

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge et rapporteur
Monsieur le Professeur Frédéric VARGAS	Juge
Madame le Docteur Magali LABADIE	Juge
Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE	Juge
Madame le Docteur Caroline DE LA RIVIERE	Juge

UNIVERSITE BORDEAUX II - VICTOR SEGALEN
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse n°141

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par :

Laura BUSCAGLIA

Née le 15 Août 1988 à Nantes (44)

Le 21 Octobre 2016

**Etude de la prévalence de la consommation de substances
psychoactives chez les adultes consultant dans un service
d'urgences au CHU de Bordeaux**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Caroline DE LA RIVIERE

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge et rapporteur
Monsieur le Professeur Frédéric VARGAS	Juge
Madame le Docteur Magali LABADIE	Juge
Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE	Juge
Madame le Docteur Caroline DE LA RIVIERE	Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Mathieu Molimard

Professeur des universités

Praticien hospitalier

Recevez ici l'assurance de mon profond respect ainsi que le témoignage de ma sincère reconnaissance pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe Castera

Professeur associé

Médecin généraliste et addictologue

Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect pour avoir accepté le rôle de rapporteur et de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Frédéric Vargas

Professeur des universités

Praticien hospitalier

Sans me connaître, vous avez accepté de participer à mon jury de thèse. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Magali Labadie

Praticien hospitalier

Vous avez accepté avec gentillesse de siéger à cette thèse, je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE,

Praticien hospitalier

Pour ton aide précieuse dans ce domaine obscur des statistiques... Merci pour ta patience et ta disponibilité.

A Madame le Docteur Caroline De La Rivière

Praticien hospitalier

Mon stage de 6 mois passé avec toi aux urgences adultes m'a permis d'approcher avec un œil différent la médecine d'urgence et d'aborder le thème des conduites addictives et des toxicomanies, qui me tenait à cœur. Je te remercie de m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce travail ainsi que pour tes conseils avisés durant celui-ci.

A mes parents,

Merci pour tout ce que vous m'avez donné depuis que je suis née, merci pour votre amour, merci d'avoir toujours cru en moi. Votre enseignement des valeurs humaines et morales est à l'origine de ce que je suis aujourd'hui.

A mon frère,

Tu as toujours été mon exemple et ma source d'inspiration. Merci d'être là, merci de m'avoir aidée pour certains choix de vie. Ces modestes mots ne sauraient refléter ce que tu représentes pour moi.

A Ana Belen, Carla et Marco,

Merci pour tout le bonheur que vous me procurez.

A Pierre,

Merci d'être là, toujours. Merci pour les joies que tu m'apportes. Merci pour ta « folie » que j'aime malgré tout. Le meilleur reste à venir.

A tous mes vieux copains nantais,

D'origine ou d'adoption, Marion et Axel, Joanne et Pierre, Pauline, Simon et Manon, Marine et Simon, Anna et Papy.

Aux Périgourdins,

Un premier semestre assez productif en termes de rencontres... Merci les copains pour ces six mois inoubliables !

Aux collègues du DESC d'urgence,

Heureuse de m'être lancée dans l'aventure avec vous.

A toutes les belles rencontres effectuées durant l'internat,

Aux agenais et la team réa, aux cardiologues libournais, aux palois de gynéco et de pédiatrie, à mes colocataires. Merci aussi à Aurora et Christel, qui m'ont considérablement aidée durant mes derniers six mois passés à Pau.

A toutes les équipes paramédicales.

Merci de m'avoir toujours accueillie chaleureusement. En particulier à l'équipe de réanimation d'Agen, qui m'a beaucoup appris.

Au Docteur Claude LEVEL.

Une très belle personne. Merci pour ces gardes de réanimation et ces discussions éthiques passionnantes. Un vrai plaisir.

Au Docteur Amélie DAVELUY

Merci pour votre aide et pour toutes les informations que vous m'avez données afin de construire mon travail de thèse.

Table des matières

Liste des abréviations	10
Liste des figures	11
Liste des tableaux.....	12
AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
1. Définitions.....	16
2. Un peu d'Histoire	18
3. Epidémiologie.....	19
3.1. Dans le Monde.....	19
3.2. En France	21
4. Particularités des différentes substances psychoactives	24
4.1. Le tabac.....	24
4.1.1. Le syndrome de sevrage	24
4.1.2. La dépendance à la nicotine.....	24
4.2. L'alcool.....	25
4.2.1. L'usage d'alcool.....	25
4.2.2. Le syndrome de dépendance à l'alcool.....	25
4.2.3. Le syndrome de sevrage	25
4.3. Le cannabis	26
4.3.1. Généralités	26
4.3.2. Effets recherchés.....	26
4.3.3. Conséquences et effets somatiques	27
4.4. Opiacés et Héroïne	28
4.4.1. Généralités	28
4.4.2. Effets recherchés.....	28
4.4.3. Conséquences et effets somatiques	28
4.5. La cocaïne	29
4.5.1. Généralités	29
4.5.2. Effets recherchés.....	30
4.5.3. Conséquences et effets somatiques	30
4.6. La MDMA, l'ecstasy, et les amphétamines	31

4.6.1.	Généralités	31
4.6.2.	Effets recherchés.....	32
4.6.3.	Conséquences et effets somatiques	32
4.7.	Autres drogues.....	33
4.7.1.	Le GHB, le GBL.....	33
4.7.2.	Le LSD, les champignons, le poppers	34
4.7.3.	Les drogues de synthèse ou « designers drugs » ou « research chemicals »	34
4.7.3.1.	Généralités.....	34
4.7.3.2.	Mode d'obtention.....	37
4.7.3.3.	Les risques des NPS.....	37
4.7.3.4.	Aspects législatifs.....	37
5.	Les facteurs psychosociaux de risque et de protection.....	38
5.1.	Les facteurs de risque.....	38
5.1.1.	Les facteurs de risque individuels	38
5.1.2.	Les facteurs de risque environnementaux	39
5.2.	Les facteurs de protection	40
6.	Objectifs	41
	MATERIELS ET METHODES.....	42
1.	Les urgences adultes du CHU de Bordeaux – site Pellegrin.....	43
2.	Le recueil des données.....	44
3.	La population étudiée	44
3.1.	Critères d'inclusion.....	44
3.2.	Critères d'exclusion.....	45
3.3.	Les données analysées	45
3.3.1.	Elaboration du questionnaire	45
3.3.2.	Les données individuelles.....	46
3.3.3.	La consommation de tabac et d'alcool	46
3.3.4.	La consommation de substances psychoactives	46
3.3.5.	La consultation aux urgences	47
3.3.6.	Le diagnostic	47
3.4.	La saisie des données	47
3.5.	Analyse statistique	48
	RESULTATS	49

1. Résultats globaux	51
1.1. La prévalence	54
1.2. Les données socio-économiques	54
1.2.1. L'âge des patients	54
1.2.2. Le sexe des patients.....	55
1.2.3. La vie en couple	55
1.2.4. Les enfants à charge	56
1.2.5. Le niveau d'étude	56
1.2.6. Grossesse en cours.....	57
1.2.7. Activité professionnelle	58
1.2.8. Type de logement.....	58
1.2.9. Ressources	58
1.2.10. Consommation de tabac et d'alcool	59
1.2.11. Vision de soi	60
1.3. Effets et circonstances de consommation des SPA	61
2. La consommation de tabac et d'alcool.....	63
3. Les différentes drogues consommées	64
4. Associations entre les différentes drogues	69
5. Lien entre la consultation aux urgences et la consommation de SPA	69
DISCUSSION	71
1. Principaux résultats	72
2. Méthodologie.....	73
2.1. Intérêts de l'étude	73
2.2. Biais de l'étude.....	74
3. Principales données de l'étude.....	76
3.1. La prévalence	76
3.2. La population étudiée.....	77
3.2.1. L'âge	77
3.2.2. Le sexe.....	78
3.3. Les données socio-économiques	79
3.4. La consommation des différentes SPA	83
3.5. Le marché sur internet	87
3.6. Lien entre la consommation de SPA et la consultation aux urgences.....	88

4. Synthèse	90
CONCLUSION.....	93
Table des annexes	94
BIBLIOGRAPHIE :	98
LE SERMENT D'HIPPOCRATE	103

Liste des abréviations

APA : American Psychiatric Association

API : alcoolisation ponctuelle importante

CAARUD : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAWN : Drug Abuse Warning Network

ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie

EMCDDA : European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction

ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants

IOA : infirmière organisatrice de l'accueil

IST : infection sexuellement transmissible

NPS : nouveaux produits de synthèse

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ONUDD : Office des Nations Unies contre le Drogue et le Crime

PES : programme d'échanges de seringues

RC : research chemicals

SAUV : service d'accueil des urgences vitales

SPA : substance psychoactive

TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

Liste des figures

Figure 1 : Tendances mondiales de la prévalence de l'usage de certaines drogues, 2005-2013

Figure 2 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

Figure 3 : Diagramme de flux de l'étude

Figure 4 : Proportions de patients par classes d'âge issus du groupe A

Figure 5 : Proportions de patients classés par niveau d'étude issus du groupe A (en bleu) et du groupe B (en rouge)

Figure 6 : Proportion de femmes issues du groupe A (en bleu) et du groupe B (en rouge) parmi toutes les femmes enceintes

Figure 7 : Proportion de patients issus du groupe A (en bleu) ou du groupe B (en rouge) selon le type de ressources

Figure 8 : Proportion de patients issus du groupe A (en bleu) ou du groupe B (en rouge) en fonction de leur consommation ou non de tabac et/ou d'alcool

Figure 9 : Proportion de patients issus du groupe A (en bleu) ou du groupe B (en rouge) en fonction de la vision qu'ils ont d'eux-mêmes

Figure 10 : Proportions des différentes SPA consommées dans l'année écoulée pour l'ensemble de la population consultant aux urgences

Liste des tableaux

Tableau 1 : Complications somatiques et psychiatriques de la cocaïne

Tableau 2 : Classification des drogues de synthèse selon la famille pharmacologique

Tableau 3 : Comparaison des usagers de drogues il y a moins d'un an avec les patients n'ayant jamais consommé de drogues ou en ayant consommé il y a plus d'un an, en fonction des données socio-économiques

Tableau 4 : Comparaison des usagers de SPA il y a moins d'un an (groupe A) avec les patients n'ayant jamais consommé de drogues ou en ayant consommé il y a plus d'un an (groupe B), en fonction de la consommation au cours de la vie, des effets recherchés et des circonstances de consommation

Tableau 5 : Associations entre les différentes SPA

AVANT-PROPOS

Plusieurs études existent sur les consommateurs de substances psychoactives, la plupart étant menée dans des structures dédiées : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), milieu carcéral, milieu ambulatoire, centres d'addicto-vigilance et anti-poison. C'est le cas des études OPEMA et OPPIDUM (1) (2).

Il existe certaines études portant sur l'épidémiologie des toxicomanies chez les personnes consultant dans un service d'urgences générales. L'une d'entre elles montre que les services d'urgences pourraient être un lieu intéressant concernant les cas d'abus et de toxicité des substances psychoactives (3). Une autre souligne la possibilité offerte par les urgences pour le dépistage et l'intervention brève dans les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool (4). D'autres décrivent les problèmes somatiques liés à la consommation auto-déclarée de drogues illicites chez les sujets consultant dans un service d'urgence (5).

Les urgences constitueraient donc une source intéressante quant au dépistage de la consommation de substances psychoactives, et pourraient être un moyen d'orienter ensuite les patients consommateurs vers des services dédiés, hospitaliers ou ambulatoires.

On estime qu'un total de 246 millions de personnes, soit une personne sur vingt entre 15 et 64 ans, a consommé de la drogue illicite en 2013 dans le monde. Plus d'un usager sur dix est un usager problématique souffrant de troubles liés à l'usage de drogues ou de toxicomanies. Le nombre annuel de décès dans le monde, liés à la drogue est de 187 000 en 2013. Il s'agit d'une mortalité évitable (6).

En France, la publication récente de la 6^{ème} édition de « Drogues, Chiffres clés » de l'Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies, montre qu'il existe une hausse de la consommation de cannabis en 2014 par rapport à 2010 chez les adultes âgés de 18 à 64 ans et 21% de ces usagers présentent une consommation problématique ou une dépendance. La consommation de cocaïne, héroïne et autres opiacés tend à rester stable par rapport à 2010. La consommation de MDMA,

ecstasy et surtout les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) sont en hausse, avec l'apparition d'un nouveau marché, les ventes sur internet (7).

En France, le « coût social » en 2010 des drogues illicites représente 8701 millions d'euros, 122 049 millions d'euros pour le tabac et 118 057 millions d'euros pour l'alcool (8).

Présente dans notre société, la consommation de drogues est une problématique qui occupe à la fois les instances gouvernementales, en raison des divers coûts qu'elle engendre pour notre société, et les milieux d'intervention (ambulatoires et hospitaliers), puisque ces usagers de drogues présentent des situations de vie de plus en plus complexes sur les plans personnel, familial, professionnel et social (9).

Après un rappel sur les connaissances actuelles concernant la consommation de substances psychoactives, nous étudierons une population de patients âgés de 18 à 75 ans issue des Urgences Adultes du CHU de Bordeaux – Site Pellegrin, afin de décrire les données socio-économiques de ces patients, les usages de drogues et leur type de consommation. Cette étude, observationnelle, prospective est réalisée en vue d'identifier les patients potentiellement consommateurs et d'en faire une analyse descriptive.

Nous essaierons également de mettre en relation les consommations des patients avec leurs motifs de consultation aux urgences.

INTRODUCTION

1. Définitions

Une substance est dite psychoactive lorsqu'elle agit sur le cerveau, modifiant certaines de ses fonctions, avec comme conséquences : des changements au niveau de la perception (visuelle, auditive, corporelle), des sensations, de l'humeur, de la conscience, du comportement ; et des effets physiques et psychiques variables selon les substances, les doses consommées, les associations de produits.

Avant 2013, l'American Psychiatric Association (APA) distinguait l'**usage à risque**, l'**usage nocif** (ou abus) et la **dépendance**.

En 2013, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'APA apporte quelques modifications (10).

La notion d'usage à risque est conservée : il s'agit d'une consommation n'entraînant pas forcément de dommages immédiats pour le consommateur ou pour autrui mais comportant cependant des risques dans certaines situations (grossesse, conduite de véhicule/machine, association avec l'alcool, avec d'autres substances psychoactives ou certains médicaments...) ou chez les personnes physiquement ou psychologiquement vulnérables.

Elle supprime les notions d'usage nocif (abus) et de dépendance pour les regrouper en un seul diagnostic : « **troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un addictif** ».

On dit qu'il y a « trouble » lorsqu'il existe deux des onze critères suivants sur une période de 12 mois :

1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3) Problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation d'une substance.
4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5) Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes : besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même substance.
6) Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants : apparition de symptômes, variables selon la substance ; la même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
7) Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que la personne avait envisagé.
8) Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
9) Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
10) Abandon ou réduction d'activités (sociales, loisirs) en raison de l'utilisation du produit.
11) Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés :

- Présence de 2 ou 3 critères : trouble léger
- Présence de 4 ou 5 critères : trouble modéré
- Présence de 6 critères ou plus : trouble sévère.

2. Un peu d'Histoire

L'usage de la drogue remonte à plusieurs millénaires.

En 4000 avant JC, le pavot était cultivé en Mésopotamie. En 2700 avant JC, le cannabis était déjà consommé en tant que substance psychoactive en Chine. Entre 2100 et 250 avant JC, la feuille de coca était très largement utilisée.

Il y a plus de 3000 ans, le tabac était déjà fumé en Amérique.

Les produits dont les usages variaient selon les cultures et les traditions étaient utilisés pour soigner, ou lors des fêtes, rituels ou cérémonies, afin de modifier l'état de conscience et renforcer les liens entre les individus ou avec les entités spirituelles peuplant leur environnement.

Au XIX^e siècle, les chimistes parviennent à extraire à des fins médicales le principe actif de certaines substances : la cocaïne (utilisée comme anesthésique local ou dans le traitement des maladies respiratoires) ; la morphine et l'héroïne (utilisée contre la toux et l'asthme) sont extraites de l'opium. Progressivement, les professionnels de santé découvrent que ces substances entraînent une mauvaise « balance » bénéfices-risques. Leur usage de soins devient détourné.

Dans les années 1920, les Etats d'Europe et d'Amérique du Nord instaurent des réglementations pour limiter ou interdire l'usage non médical. En effet, le nombre de consommateurs augmente, ce qui entraîne une prise de conscience des dangers de ces produits.

Dans les années 1960, le cannabis est diffusé largement chez les jeunes. Des drogues hallucinogènes comme le LSD sont expérimentées. L'héroïne et la cocaïne reviennent sur le marché par la constitution de réseaux criminels internationaux. Leur

consommation (surtout intraveineuse) se développe dans les années 1970 et 1980 dans les pays occidentaux avec des conséquences dramatiques : overdoses, contamination par le VIH et le VHC.

Entre 1961 et 1988, des conventions internationales sont élaborées, établissant des listes de produits dits « stupéfiants », interdits ou strictement réglementés. Les pays signataires de ces différentes conventions, dont la France, adaptent leur législation à ces textes.

Dans les années 1990, le développement en Europe du mouvement culturel alternatif techno s'accompagne de la diffusion de l'usage d'une substance amphétaminique, la MDMA. Le cannabis y est aussi largement consommé ; la cocaïne, les amphétamines ou les substances hallucinogènes y sont également expérimentées.

Aujourd'hui, le cannabis reste très largement consommé par un grand nombre de jeunes. La majorité d'entre eux l'a expérimenté. La cocaïne se diffuse au-delà de son public d'origine. De nouvelles substances de synthèse sont diffusées via internet, et posent problème quant au cadre législatif des drogues et des toxicomanies. Les usages de substances psychoactives illicites autres que le cannabis sont peu nombreux, mais beaucoup d'entre eux sont des poly-consommateurs (11).

3. Epidémiologie

3.1. Dans le Monde

Les conséquences sanitaires de l'usage illicite de drogues restent un sujet de préoccupation mondial.

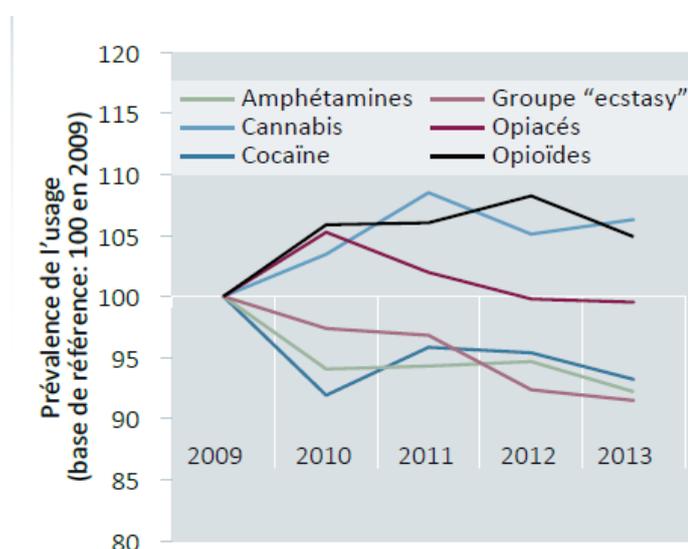
On estime qu'un total de 246 millions de personnes soit une personne sur 20 entre 15 et 64 ans a consommé de la drogue illicite en 2013. Cela représente une hausse de 3 millions de personnes par rapport à l'année précédente, mais du fait de l'accroissement de la population mondiale, l'usage de drogues illicites est en fait resté stable (6).

Plus d'un usager de drogues sur dix est un usager problématique, c'est-à-dire qu'il souffre de troubles liés à l'usage de drogues ou de toxicomanie (ce qui représente environ 27 millions de personnes).

Près de la moitié d'entre eux, soit plus de 2 millions, s'injecte des drogues, et on estime que 1,65 millions d'usagers de drogues par injection vivaient avec le VIH en 2013.

Le nombre annuel de décès liés à la drogue dans le monde est estimé à 187 000 en 2013. Il s'agit d'une mortalité évitable.

Concernant les tendances mondiales de la prévalence de l'usage de certaines drogues, l'usage des opiacés (héroïne et opium) est resté stable au niveau mondial. L'usage de cocaïne a tendance à diminuer. L'usage de cannabis et d'opioïdes pharmaceutiques ont continué d'augmenter.



Source: ONUDC, réponses au questionnaire destiné au rapport annuel.

Figure 1 : Tendances mondiales de la prévalence de l'usage de certaines drogues, 2009-2013. Source : Rapport mondial sur les drogues 2015 (6)

Les nouvelles substances psychoactives sont vendues en remplacement des drogues placées sous contrôle international, et sont censées produire des effets semblables à ceux de leurs équivalents traditionnels. Les informations et la

recherche sur les dommages potentiels des nouvelles substances psychoactives sont limitées, mais la prolifération des 500 substances estimées représente une menace pour la santé des usagers et a accru la demande de traitement de la toxicomanie (6).

3.2. En France

Globalement, à la fin de l'adolescence, l'expérimentation de l'ensemble des substances (illicites ou licites) est en recul. Du côté des consommations régulières, celle du cannabis a baissé entre 2008 et 2011 alors que celles du tabac et de l'alcool, de même que les ivresses répétées, sont en augmentation. La consommation de tabac, pourtant orientée à la baisse depuis de nombreuses années, a également augmenté entre 2005 et 2010. Concernant les substances illicites, le pourcentage de Français ayant consommé du cannabis dans l'année écoulée est stable. L'expérimentation et l'usage dans l'année de cocaïne sont en hausse mais ne concernent qu'une assez faible proportion de Français (11).

	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes*
Expérimentateurs**	17 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M	16 M
dont usagers dans l'année**	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M	11 M
dont usagers réguliers**	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M	//
dont usagers quotidiens**	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M	//

Sources : Baromètre santé 2014 (Inpes), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du rectorat de Toulouse)

// = non disponible * pour les médicaments psychotropes, il s'agit de données concernant les 18-75 ans en 2010.

Le nombre des 11-75 ans en 2014 est d'environ 50 millions. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17,0 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

** Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et au moins dix consommations de cannabis au cours du mois.

Usage quotidien : au moins une fois par jour.

Figure 2 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans. Source : Drogues, chiffres clés, 6^{ème} édition (7).

En 2011, en France métropolitaine, le nombre d'usagers problématiques de drogues chez les 15-64 ans était estimé à 281 000 personnes. Parmi elles, environ un tiers (soit près de 90 000 personnes) utilise habituellement la voie intraveineuse pour consommer ces substances (11) .

Sur les quelques 140 000 interpellations enregistrées en 2010 pour usage de stupéfiants, 90% concernaient l'usage simple de cannabis, 5% celui d'héroïne et 3% celui de cocaïne. En 2014, le nombre de personnes mises en cause pour usage est de 176 700, en légère progression (3,7 %) par rapport à 2013 (7).

Les condamnations prononcées représentent 9% de l'ensemble des condamnations inscrites au casier judiciaire, soit 56 700 condamnations (7).

Concernant le tabac, le niveau des ventes du tabac et de cigarettes baisse depuis 2011, avec un recul de 5% observé entre 2013 et 2014. Mais les achats transfrontaliers représenteraient 15% de la consommation de fumeurs français et 5% proviendraient des achats en duty-free, sur internet ou en contrebande. La consommation quotidienne de tabac des 18-75 ans est en légère baisse en 2014 par rapport à 2010 et passe de 30 % à 29 % (7).

Concernant l'alcool, on estime qu'en 2011, 12 litres d'alcool pur, par an, par habitant de plus de 15 ans, représentent l'équivalent de la consommation moyenne individuelle en France. Cela correspond à une consommation quotidienne moyenne de 2,6 verres standards de boissons alcoolisées par jour (11). En 2014, l'usage quotidien de boissons alcoolisées concerne 10% des adultes de 18 à 75 ans. Près d'un adolescent de 17 ans sur huit (12%) déclare une consommation régulière d'alcool. Cette proportion est en hausse entre 2011 et 2014. Chez les 18-75 ans, 17% déclarent avoir bu au moins 6 verres en une seule occasion au cours du mois écoulé (alcoolisation ponctuelle importante [API]). 49% des jeunes de 17 ans ont déclaré une API au cours du mois écoulé en 2014.

Concernant le cannabis, en 2014, l'expérimentation du cannabis concerne 42% des adultes de 18 à 64 ans. La consommation régulière s'élève à 3 %. L'usage problématique ou la dépendance liée au cannabis concerne 2 % des 18 à 64 ans.

Concernant la cocaïne, 5,6% des personnes âgées de 18 à 64 ans ont expérimenté la cocaïne en 2014, et 1,1% en a consommé au cours de l'année.

Concernant l'héroïne et autres opiacés, 1,5% des personnes âgées de 18 à 64 ans les ont expérimentés en 2014. Au cours de l'année, leur consommation concerne 0,2% des personnes appartenant à cette tranche d'âge.

Concernant la MDMA / ecstasy : 4,3% des adultes âgés entre 18 et 64 ans l'ont expérimentée, et 0,9% l'a consommée dans l'année.

Concernant les psychotropes, les ventes d'anxiolytiques, somnifères et antidépresseurs sont stables depuis 10 ans, avec 2,9 boîtes remboursées en moyenne par habitant âgé de 20 ans ou plus par an. Un français sur dix en 2010 a pris des anxiolytiques dans l'année, 6 % des somnifères et 6 % des antidépresseurs. 18 % des 18-75 ans ont consommé des médicaments psychotropes dans l'année.

Concernant les nouveaux produits de synthèse (NPS), ce sont des substances qui imitent les structures chimiques et/ou les effets des produits stupéfiants illicites (MDMA, amphétamines, cocaïne ou cannabis). Ce sont pour la plupart des substances vendues sur internet. Entre 2008 et 2015, 176 nouvelles substances ayant circulé au moins 1 fois en France ont été recensées, et 382 dans l'Union Européenne. Les cathinones et les cannabinoïdes de synthèse sont les substances qui ont été le plus souvent identifiées pour la première fois en France en 2014. En 2014, 1,7% des 18-64 ans ont expérimenté les cannabinoïdes de synthèse au cours de leur vie, et plus de huit usagers de NPS sur dix ont consommé une drogue illicite au cours de l'année écoulée (7).

4. Particularités des différentes substances psychoactives

Dans cette partie, nous présenterons les différentes SPA qui ont été abordées dans notre étude et notre questionnaire. Nous décrivons brièvement le tabac et l'alcool, car ces deux SPA ne sont pas le véritable objet de notre travail. Les autres SPA seront abordées plus spécifiquement.

4.1. Le tabac

4.1.1. Le syndrome de sevrage

La nicotine contenue dans le tabac est la substance considérée comme la plus impliquée dans la survenue d'une dépendance pharmacologique. Le syndrome de sevrage nicotinique signe l'existence d'une dépendance pharmacologique. Les troubles psychiques (irritabilité, anxiété, agitation, dysphorie ou dépression) et les troubles du sommeil (insomnie surtout) atteignent leur maximum au cours de la première semaine. Le sujet revient à son état normal au bout d'un mois s'il a pu maintenir un sevrage.

4.1.2. La dépendance à la nicotine

Deux facteurs particuliers semblent jouer un rôle important dans la dépendance nicotinique : l'autotitration, et l'effet bolus. Les fumeurs modifient leur façon de fumer et d'inhaler (rythme, nombre et volume des bouffées) pour atteindre un taux optimal de nicotémie : c'est l'autotitration. Le besoin de fumer est déterminé par les variations de nicotémie. L'effet bolus est un autre phénomène propre à la nicotine. Lors de l'inhalation de fumée, la nicotine délivrée par une cigarette est absorbée très rapidement au niveau pulmonaire et parvient au cerveau en moins de 10 secondes. Cela a donc un véritable « effet shoot ». La séquence inhalation-bolus génère le plus de dépendance (12).

4.2. L'alcool

4.2.1. L'usage d'alcool

Le terme « usage » employé seul, sans adjectif, renvoie à l'usage socialement admis pour lequel le risque, s'il n'est pas nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et pour la société. Cette notion a bénéficié de repères de consommation définis par l'Organisation Mondiale de la Santé et reconnus internationalement :

- usage ponctuel : pas plus de 4 verres par occasion
- usage régulier : pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (soit 3 verres/j) ; pas plus de 14 verres chez la femme (soit 2 verres/j)
- Le terme de verre désigne le « verre standard » ou unité internationale d'alcool, fixée à 10 grammes d'alcool pur par verre (13).

4.2.2. Le syndrome de dépendance à l'alcool

Sa caractéristique essentielle consiste en un désir souvent puissant, compulsif, à boire de l'alcool (*craving*). Ce comportement traduit l'incapacité du sujet à gérer son comportement d'alcoolisation alors qu'il a conscience de son inadaptation.

Une tolérance peut être observée, ainsi qu'un syndrome de sevrage qui traduit l'existence d'une dépendance physique. Il peut exister des complications somatiques caractéristiques (cirrhose, pancréatite, troubles neurologiques centraux ou périphériques etc...) ou des tableaux cliniques parlants (haleine caractéristique, tremblements des extrémités, troubles cutanés type télangiectasies etc.).

4.2.3. Le syndrome de sevrage

L'arrêt brutal de l'alcool, qui est un dépresseur du système nerveux central, démasque une hyperexcitabilité cérébrale qui s'exprime cliniquement par un syndrome de sevrage. Il existe plusieurs degrés au syndrome de sevrage.

Au premier degré, il n'existe que des symptômes mineurs : tremblements, sueurs, nausées, vomissements, insomnie, épigastralgies, asthénie etc. qui régressent avec l'absorption d'alcool.

Au deuxième degré, apparaît le délire alcoolique subaigu, c'est-à-dire l'aggravation des signes précédents avec en plus agitation, cauchemars, accès confuso-oniriques avec zoopsies et anxiété.

Le troisième degré apparaît en l'absence de traitement. Il s'agit du délire alcoolique aigu ou délirium tremens (14).

4.3. Le cannabis

4.3.1. Généralités

Le cannabis appartient à la famille des cannabinaées. Il provient d'une plante, le chanvre indien. Les cannabinoïdes sont des dérivés phénoliques non azotés du benzopyrane. Le delta9-tétrahydrocannabinol (delta9-THC) constitue le principal cannabinoïde psychoactif. Il existe sous plusieurs formes : l'herbe, la résine ou l'huile. L'élimination des cannabinoïdes s'effectue par voie digestive, rénale et sudorale. Les urines d'un sujet ayant fumé du cannabis contiennent du delta9-THC pendant en moyenne 14 jours. Les dosages dans les différents milieux biologiques ont des intérêts différents. Le sang et la salive sont des milieux de choix pour confirmer une consommation récente de cannabis (2 à 10 heures). Dans les urines, le dosage a un intérêt si on veut détecter une consommation semi-récente (délai de détection : 2 à 7 jours). Les cheveux permettent de faire un « historique » de la consommation, puisque un centimètre de pousse correspond à environ un mois. Ce dosage est intéressant pour l'étude d'une consommation chronique (15).

4.3.2. Effets recherchés

Plusieurs effets psychoactifs sont recensés. Une modification de l'humeur, en général une euphorie, un bien-être, une détente, une joie voire une exaltation de l'humeur avec fous rires incoercibles et immotivés. L'euphorie se mêle parfois à une anxiété et des signes de dépression.

Le cannabis altère les capacités intellectuelles. La mémoire et la concentration intellectuelle sont perturbées.

Sur le plan sensoriel, les consommateurs rapportent une intensification des perceptions auditives, visuelles, tactiles, chromatiques.

4.3.3. Conséquences et effets somatiques

Sur le plan respiratoire, la prise aiguë crée une bronchodilatation modérée de courte durée. La toxicité pulmonaire comparée du tabac et du cannabis suggère qu'un paquet de cigarettes est aussi toxique que 2,5 à 5 joints par jour.

Sur le plan cardio-vasculaire, la prise ponctuelle de cannabis a des effets sympathomimétiques et parasymphatholytiques. Le cannabis est chronotrope positif, ionotrope positif et bathmotrope positif. Le cannabis peut donc provoquer des troubles du rythme cardiaque (extrasystoles auriculaires ou ventriculaires, fibrillation auriculaire ou ventriculaire voire mort subite). Le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 4,8 dans l'heure qui suit la prise. Des cas d'accidents ischémiques transitoires ou accidents vasculaires cérébraux induits par le cannabis ont également été rapportés.

Sur le plan neuropsychologique, après une consommation aiguë, il existe une altération des performances psychomotrices et cognitives et des processus associatifs. Fréquemment, les consommateurs ont des crises d'angoisse voire des attaques de paniques (« bad trip ») et des effets psychodysléptiques avec hallucinations. La consommation de cannabis est un facteur favorisant la décompensation de psychoses latentes.

Sur le plan digestif, des douleurs abdominales, des épigastralgies, et des vomissements peuvent entrer dans le cadre du syndrome cannabinoïde, chez les consommateurs chroniques de cannabis. Les symptômes surviennent plutôt le matin, et sont soulagés efficacement mais temporairement par des douches ou des bains chauds(16).

4.4. Opiacés et Héroïne

4.4.1. Généralités

Les opiacés naturels et semi-synthétiques sont issus du pavot. Incisée, la fleur de pavot excrète un latex qui, séché, constitue l'opium. Les alcaloïdes principaux sont la morphine, la codéine et la pholcodine. L'héroïne est un dérivé semi-synthétique de la morphine obtenu par diacétylation. Elle est 10 fois plus active que la morphine. Elle peut être utilisée par voie nasale, fumée ou injectée. Elle est métabolisée en quelques heures en monoacétine morphine, puis en morphine et persiste dans les urines pendant 2 à 3 jours. La codéine a des effets moins rapides que l'héroïne. Sa demi-vie d'élimination urinaire varie de 3 à 7 jours.

4.4.2. Effets recherchés

L'usage d'opiacés et en particulier de l'héroïne produit un sentiment de bien-être intense, d'apaisement et une euphorie. Puis apparaissent des symptômes de calme, de diminution de l'anxiété et de l'anxiété. Ces effets disparaissent en quelques heures et sont suivis d'une phase de somnolence.

4.4.3. Conséquences et effets somatiques

Les effets possibles non désirés sont nombreux. L'effet euphorisant peut s'associer à une pâleur, une hypotension, une bradycardie, un myosis, une hyposialorrhée, une constipation, une dysurie et une bradypnée. Des modifications de la vigilance peuvent apparaître avec la somnolence. Le risque majeur est en fait lié à l'effet dépressur respiratoire central des opiacés. Un surdosage entraîne donc une dépression respiratoire en quelques secondes avec une bradypnée voire une apnée, un myosis, une hypotension artérielle, une bradycardie, un œdème pulmonaire, et un coma pouvant évoluer rapidement vers le décès. Ce risque est d'autant plus élevé si la consommation d'héroïne s'accompagne de la consommation d'autres substances telles que l'alcool, les benzodiazépines, ou certains psychotropes.

La tolérance et des mécanismes adaptatifs secondaires sont une des conséquences majeures de la consommation d'opiacés (via les mécanismes de *down-regulation* et de *désensibilisation*).

Lors d'une interruption brutale de l'usage chronique apparaît un syndrome de sevrage physiologique, lié à une hyperactivité noradrénergique secondaire à une levée du frein opiacé. Les symptômes du sevrage apparaissent dans les heures qui suivent la dernière prise de substances. Les premiers signes à apparaître sont des bâillements, une mydriase, une rhinorrhée, des sueurs et des larmoiements. Dans un second temps apparaissent des troubles du sommeil avec insomnie, une agitation, une anxiété et des symptômes mimant un syndrome grippal. Peuvent s'y associer des signes abdominaux comme une anorexie, des diarrhées et des vomissements. L'intensité du sevrage est maximale en 2 à 3 jours pour l'héroïne, 3 à 5 jours pour la codéine. Elle régresse progressivement en 5 à 10 jours sans traitement.

La consommation d'héroïne expose aussi à des risques infectieux en cas d'hygiène insuffisante (11) (17).

La mortalité globale des usagers d'opiacés est élevée, jusqu'à 20 fois supérieure à celle de la population générale du même âge, notamment chez les usagers de la voie intraveineuse.

4.5. La cocaïne

4.5.1. Généralités

La cocaïne est extraite de la feuille de *Erythroxylum Coca*, arbre des régions humides au climat doux. C'est un alcaloïde tropanique. On en extrait les feuilles de coca qui sont ensuite transformées, soit sous forme de poudre blanche (chlorydrate de cocaïne) soit sous forme de cailloux fumables (free base ou crack). Ce sont les deux formes disponibles en France. La cocaïne est une drogue lipophile ayant une demi-vie courte de l'ordre de 40 minutes. Elle traverse la barrière hémato-encéphalique et se fixe sur de nombreux sites au niveau du système nerveux central, mais également au niveau cardiaque, hépatique, rénal, surrénal et placentaire.

L'élimination de la cocaïne se fait par voie hépatique et plasmatique. Dans les urines, de nombreux métabolites sont détectables jusqu'à 72-96 heures.

Il existe différentes voies de consommation : intranasale (sniffée), fumée ou injectée par voie intraveineuse. La consommation par voie nasale est la plus fréquente.

4.5.2. Effets recherchés

Par son action sur les neurones dopaminergiques, la première étape après la consommation de cocaïne est l'apparition d'une intense euphorie. C'est ce qu'on appelle le *rush*. Le *rush* est suivi d'un phénomène appelé *high*. C'est un sentiment de puissant bien-être, accélérant le fonctionnement du cerveau, en faisant disparaître certains signes d'alerte comme la sensation de fatigue, de faim, de douleur. Ces sensations sont de courte durée : 5 à 10 minutes quand la cocaïne est fumée, environ 30 minutes quand elle est sniffée. Il s'ensuit une phase d'envie de consommer de nouveau de la cocaïne ou *binge*. Cette phase précède le *crash* ou la descente : les premiers signes de sevrage apparaissent avec hypersomnie, asthénie, ralentissement psychomoteur, la tristesse. En revanche, la personne porteuse de trouble de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) sera plutôt calmée par la prise de cocaïne. Cela est un moyen de repérage chez les personnes non diagnostiquées auparavant (11) (18).

4.5.3. Conséquences et effets somatiques

De nombreuses complications somatiques et psychiatriques sont recensées avec la cocaïne.

Ci-après sont décrites sous forme de tableau les différentes complications somatiques et psychiatriques liées à la cocaïne.

Tableau 1 : Complications somatiques et psychiatriques de la cocaïne. Source : Karila et al. Cocaïne et autres substances (18)

Infectieuses	VIH, VHB ou VHC lors du partage de pailles ou de seringues ; Abscesses ou autres complications cutanées liées à l'injection, risque indirect d'infections sexuellement transmissibles (IST).
Cardio-vasculaires	Syndrome coronarien aigu, troubles du rythme, crise hypertensive, dissection aortique, occlusion artérielle aiguë.
ORL	Epistaxis, ulcérations des fosses nasales, brûlures des voies aéro-digestives supérieures, infections naso-sinusiennes.
Neurologiques	Convulsions, accident vasculaire cérébral.
Gynécologiques/ Obstétricales	Prématurité, retard de croissance intra-utérin, hématome rétroplacentaire, infarctus utérin, arythmie cardiaque chez le nouveau-né.
Pulmonaires	Pneumothorax, œdème pulmonaire non cardiogénique.
Psychiatriques	Altérations variables des fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives) Etat délirant, Paranoïa Troubles de l'humeur (dépression), bipolarité, troubles anxieux, troubles de la personnalité.

4.6. La MDMA, l'ecstasy, et les amphétamines

4.6.1. Généralités

L'ecstasy (ou 3,4-méthylènedioxyamphétamine [MDMA]) et les amphétamines sont des drogues stimulantes entactogènes, c'est-à-dire qu'elles favorisent la communication, l'introspection, les contacts sociaux, l'empathie et la sensation de pouvoir s'exprimer librement (18).

Les amphétamines étaient autrefois utilisées comme coupe-faim et pour empêcher le sommeil. Ce sont de puissants anorexigènes et psychostimulants. Elle se présente sous forme de poudre à sniffer ou de comprimés (11).

La méthamphétamine (*crystal, crystal meth*) appartient au groupe des amphétamines dont elle est un dérivé N-méthylé. Elle se présente sous forme de cristaux incolores pouvant rappeler de la glace ou du verre cassé. Elle peut être fumée, écrasée, inhalée, dissoute et injectée. C'est un stimulant psychoanaleptique (augmentant la vigilance) aux effets superposables à ceux de l'amphétamine, mais plus prononcés et plus toxiques (19).

La MDMA est une molécule de la famille des amphétamines. Elle peut se présenter sous forme de comprimés, de couleurs et de formes variées ornés d'un logo. Dans ce cas, elle est également appelée ecstasy. Elle peut également se présenter sous forme de poudre (éventuellement contenue dans une gélule), ou de cristaux. Dans ce cas elle est appelée MDMA (11).

4.6.2. Effets recherchés

Pour la MDMA ou l'ecstasy, les effets recherchés sont une euphorie, un sentiment de bien-être, de plaisir, d'empathie et de communion sensorielle avec les autres. Il existe une augmentation de l'estime de soi, une diminution de la sensation de fatigue.

Pour les amphétamines, les effets sont similaires. Peuvent s'y ajouter les effets coupe-faim, et coupe-fatigue.

4.6.3. Conséquences et effets somatiques

Il existe des risques immédiats :

- Une hyperthermie avec rhabdomyolyse, risque de coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD), des arythmies cardiaques, une hépatite fulminante, une insuffisance rénale aiguë.
- Troubles neuropsychiques : angoisses, hallucinations, paranoïa, risque suicidaire, perte de connaissance, convulsions...

Il existe des risques liés à un usage chronique :

- Bruxisme, trismus, caries dentaires.
- Irritabilité, tremblements, vertiges, dépression, troubles cognitifs.
- Amaigrissement, dénutrition.

4.7. Autres drogues

4.7.1. Le GHB, le GBL

Il s'agit du gamma-hydroxybutyrate (GHB) anesthésique synthétisé dans les années 1960 comme analogue du neurotransmetteur inhibiteur GABA. Ses précurseurs : la gamma-butyrolactone (GBL) et le 1,4-butanediol (1,4-BD), facilement accessibles dans le commerce comme solvants ou agents nettoyeurs, se transforment dans l'organisme en GHB. Ces produits se dissolvent dans l'eau et l'alcool, et sont donc essentiellement bus.

Les effets recherchés varient en fonction de la dose ingérée. Les effets vont d'une légère ébriété avec euphorie et désinhibition comportementale, intensification des sensations, voire hallucinations, jusqu'à une somnolence, voire un sommeil très profond. L'action rapide euphorisante, hypnotique et amnésiante peut être utilisée à des fins de soumission chimique pour viol et/ou vol d'une victime.

Il existe des conséquences toxiques. Une toxicité de contact peut survenir liée à la préparation de la drogue (lésions buccales et digestives, irritations cutanées et conjonctivales). Des troubles du comportement avec survenue d'accidents, rapports sexuels non protégés avec risque accru de transmission d'IST. Il existe également une toxicité systémique : nausées, vomissements, douleurs abdominales, malaise, vertige, ataxie, céphalées, hypo- ou hypertension artérielle, brady- ou tachycardie, asystolie, convulsions etc...

Des symptômes liés à une consommation chronique peuvent apparaître, tels que des troubles psychiatriques, une accoutumance avec dépendance physique et psychique, et des signes liés à un syndrome de manque (19).

4.7.2. Le LSD, les champignons, le poppers

Le LSD est une puissante substance psychoactive de synthèse. Il se présente sous la forme de papier buvard, d'une micro-pointe ou parfois sous forme liquide. Il est le plus souvent avalé. Sa consommation entraîne des hallucinations avec des modifications sensorielles importantes. Le risque est l'hallucination « cauchemardesque » ou « bad-trip » pouvant faire évoluer vers un état de délire. La descente est en général très désagréable.

Les champignons hallucinogènes sont classés comme stupéfiants. Le principe psychoactif essentiel est la psilocybine. Les effets sont également hallucinogènes et comparables à ceux procurés par le LSD (11).

Le poppers n'est pas interdit et est retrouvé en vente libre en France. Ce sont des nitrites, dits aliphatiques, contenus dans de petits flacons. Dans les milieux festifs, ils sont inhalés pour améliorer les performances et les sensations sexuelles masculines et provoquer des effets hallucinatoires. Leur effet est essentiellement vasodilatateur et se manifeste par une rougeur cutanée (flush), une hypotension orthostatique, des palpitations et une tachycardie (20).

4.7.3. Les drogues de synthèse ou « designers drugs » ou « research chemicals »

4.7.3.1. Généralités

Les nouvelles drogues synthétiques ont fait une percée considérable sur le marché des drogues depuis 2009 et présentent un problème de santé publique majeur en Europe et dans le monde. Elles sont vendues essentiellement sur internet comme alternative légale à des produits psychoactifs contrôlés et réglementés.

Elles désignent un éventail très hétérogène de substances qui imitent les effets des produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis...). Leurs structures moléculaires s'en approchent sans être tout à fait identiques. Cette spécificité leur permet de contourner la législation des stupéfiants, au moins à court terme.

Le nombre de NPS est en constante augmentation depuis 2011 jusqu'à 2014. En 2015, ce nombre recule mais reste tout de même élevé. Durant cette année, 43 nouvelles molécules ont été identifiées sur le territoire français dont 8 pour la première fois en Europe (21).

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies rapporte qu'entre 2008 et 2015, 176 nouvelles drogues ont circulé au moins une fois en France et 382 ont été recensées dans l'Union Européenne.

Les drogues de synthèse les plus connues et consommées en France sont les cathinones synthétiques et les cannabinoïdes de synthèse (7) (19) (20).

Le tableau suivant permet de regrouper les différentes classes de drogues de synthèse selon leur famille pharmacologique.

Tableau 2 : Classification des drogues de synthèse selon la famille pharmacologique.

Source : Nouvelles drogues de synthèse – La Revue du Praticien (19)

Famille pharmacologique	Drogues	Principaux effets
Phénéthylamines	<ul style="list-style-type: none"> - Amphétamines - Méthamphétamines - MDMA - Mescaline 	Stimulants entactogènes : favorisant les contacts sociaux et l'empathie
Tryptamines	<ul style="list-style-type: none"> - Diméthyltryptamine (DMT) - Diéthylamide du LSD semi-synthétique - Psilocine et psilocybine (champignons hallucinogènes) 	Substances hallucinogènes
Cannabinoïdes de synthèse	<ul style="list-style-type: none"> - Spice, Spice Gold, Spice Silver - Gorilla, Sence - Yacatan Fire, Chill X ... 	Effets psychoactifs similaires à ceux du cannabis
Cathinones synthétiques (dérivés de l'éphédrone)	<ul style="list-style-type: none"> - Méphédronne (4-MMC) - Méthylone - Méthylène-dioxy-pyrovalerone (MDPV) - NRG-1 - 4-MEC - Méthédronne - Fléphédronne - Buphédronne - Butylone - Pentylone 	Effets psychoactifs similaires à ceux des amphétamines et de la cocaïne
Agonistes GABA	<ul style="list-style-type: none"> - GHB - GBL - 1,4- BD 	Effets euphorisants, stimulants, aphrodisiaques, confusogènes, hypnotiques.

4.7.3.2. Mode d'obtention

En France, l'obtention de NPS se fait par internet, il n'y a pas a priori de points de vente physiques en France. Il existe des ventes « directes » dans les espaces festifs alternatifs, de plus en plus observés. En 2012, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) a recensé 693 sites internet proposant la vente de NPS, dont 30 en français. On en comptait 170 au total en 2010. (22)

4.7.3.3. Les risques des NPS

Les nouvelles drogues de synthèse désignent des substances psychoactives qui imitent les effets des drogues illicites « traditionnelles ». Le problème posé par ces drogues « petites sœurs » d'une molécule interdite est qu'elles sont parfois plus nocives ou compliquées à manipuler que la drogue source. Les effets secondaires à leur arrivée sur le marché sont totalement inconnus et peuvent se révéler très dangereux (22).

4.7.3.4. Aspects législatifs

Les fabricants, les trafiquants, les fournisseurs de nouvelles SPA synthétiques s'adaptent au marché et mettent en œuvre tous les moyens possibles pour contourner les mesures de contrôle et d'interdiction mises en place par les autorités compétentes (19).

La multiplication de nouvelles drogues de synthèse dites « petites sœurs » d'une molécule interdite complique la prévention car les laboratoires et les centres d'addictovigilance n'ont pas le temps de les étudier. Ce laps de temps permet donc une diffusion légale de ces nouvelles drogues avant qu'elles soient interdites (22).

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) ou EMCDDA en anglais (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) est l'agence européenne qui centralise les informations relatives aux drogues et aux toxicomanies basée à Lisbonne. Elle permet de contribuer à la prise de décision au niveau national et européen. Elle travaille en collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDDC). Ces différentes structures ont abouti en France à

l'élaboration d'un plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (23).

Ce plan prévoit notamment une amélioration de la prise en charge des consommateurs dans les services d'urgences avec le développement des Equipes de Liaison et Soins en Addictologie (ELSA). Il prévoit de former les médecins généralistes dans l'intervention brève et l'entretien motivationnel. Ce plan prévoit également d'améliorer l'identification des NPS et les pratiques de réduction des risques sur internet.

En France, en complément des 14 NPS classés au niveau européen, 8 autres ont également été individuellement classés. Depuis 2012, alors qu'il était procédé à des classements individuels molécule par molécule, pour la première fois, le législateur a eu recours à une approche dite « générique ». Une grande part des cathinones se trouve ainsi être classée dans un seul texte (21).

5. Les facteurs psychosociaux de risque et de protection

5.1. Les facteurs de risque

5.1.1. Les facteurs de risque individuels

La génétique semble jouer un rôle dans la dépendance aux SPA et dans l'usage des SPA. Plusieurs études semblent montrer qu'il existe une part d'héritabilité dans l'usage de SPA. Celle-ci varie entre 30 et 80% selon les drogues (entre 50 et 70% pour l'alcool, entre 30 et 70% pour la nicotine, et entre 35 et 80% pour le cannabis) (24).

La précocité du début de consommation de substances psychoactives est un des facteurs les plus prédictifs de la survenue d'un usage nocif à la fin de l'adolescence, indépendamment d'un trouble associé (25). Les jeunes qui adoptent précocement des comportements déviants possèdent un risque plus élevé de s'associer à des

pairs délinquants, de s'impliquer dans la criminalité ou de développer un problème de consommation sévère (9) (26).

Certains traits de personnalité influent sur la consommation de SPA. Plusieurs usagers de drogues emploient des qualificatifs péjoratifs pour se décrire. Ainsi, une image négative et une faible estime de soi constituent des facteurs de risque supplémentaires de consommation de SPA. Se tourner vers l'usage de drogues leur permettrait d'améliorer leur estime personnelle afin de se sentir aimés ou reconnus par les autres. La timidité, la réaction extrême au stress, les difficultés à résoudre les problèmes représentent d'autres facteurs de risque. Par ailleurs, les jeunes qui sont agressifs, impulsifs ou rebelles au cours de leur enfance auraient davantage de risques de poursuivre vers un cheminement déviant (9) (25) (27).

Les évènements de vie ont également une grande importance dans ces facteurs de vulnérabilité. On retiendra : la perte et le deuil, les grossesses non désirées, les histoires d'abus sexuels, les maladies graves (25).

La comorbidité psychiatrique est associée aux conduites addictives dans plusieurs études, mais les liens qui les unissent restent complexes. L'apparition de ces troubles est d'autant plus importante qu'elle peut renforcer le passage d'une consommation festive à un mode de consommation auto-thérapeutique ou toxicomaniaque. Parmi ces troubles, on retiendra : l'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles de l'humeur (dépression et bipolarité), les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire (25).

5.1.2. Les facteurs de risque environnementaux

L'environnement familial a un rôle favorisant dans le développement et la survenue d'un usage nocif de SPA. Une ambiance familiale délétère, avec des relations parents-enfants conflictuelles, un faible niveau d'encadrement, une permissivité excessive, et des troubles mentaux chez les parents sont des facteurs de risque. La consommation familiale d'alcool, de tabac ou de drogues crée une situation favorable à l'émergence de troubles psychopathologiques chez l'enfant, avec des troubles cognitifs, des difficultés de scolarisation et des troubles affectifs et du comportement, qui majorent le risque d'abus de SPA.

Le milieu socioculturel d'origine ne se révèle pas comme un facteur de risque ayant une relation directe avec l'apparition d'un abus ou d'une dépendance. Néanmoins, certains milieux sont plus susceptibles que d'autres d'offrir des conditions de vie inadéquates en raison de l'accès limité aux ressources sociales et économiques. Parmi eux on retiendra la misère familiale, le chômage, les communautés de quartiers défavorisés à haute densité de population et à taux élevé de criminalité.

Le milieu scolaire joue un rôle primordial dans l'adhésion aux valeurs prônées par la société. Une mauvaise intégration au système scolaire facilite la prise de contact avec des pairs déviants et le risque d'engagement dans une consommation toxicomaniaque.

Le rôle des pairs (des « copains ») joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence. Les jeunes dits déviants s'allient à des pairs qui adoptent eux-mêmes des comportements antisociaux. Certains jeunes adoptent des comportements atypiques dans le but de se faire accepter par leurs pairs (9) (25) (27).

5.2. Les facteurs de protection

Moins de données sont disponibles concernant les facteurs protecteurs d'une consommation de SPA. Les quelques données disponibles à ce jour ont mis en évidence certains facteurs, notamment : un niveau élevé d'intelligence, une capacité à résoudre les problèmes, une estime de soi positive, un soutien adapté de la part du milieu familial, des implications relationnelles familiales positives, et une perception élevée des compétences scolaires. Les consommations diminuent ou s'arrêtent avec une meilleure insertion sociale ou professionnelle, la construction d'un couple ou l'arrivée d'enfants. La connaissance des produits, de leur risque, de ses propres limites constituent également des facteurs de protection. Tous ces facteurs cumulés mettent en avant un individu comportant des capacités de résilience importantes, avec un faible niveau de recherche de nouveautés et un évitement des relations avec des pairs aux conduites déviantes (9) (11) (25).

6. Objectifs

Le service des urgences constitue un lieu privilégié d'identification des patients ayant des troubles d'usage des SPA. En effet, elles accueillent un grand nombre de patients, leur accès est facile, et il s'agit d'un endroit de premiers recours aux soins. Les personnes consommatrices de SPA sont davantage consommatrices de soins, donc plus sujettes à passer aux urgences (accidents, infections, effets secondaires des drogues...).

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la prévalence de la consommation des SPA chez les patients âgés de 18 à 75 ans admis aux urgences adultes de l'hôpital Pellegrin, quel que soit leur motif de consultation.

Les objectifs secondaires étaient les suivant :

- mettre en évidence des liens entre les données socio-économiques des patients et leur consommation éventuelle de SPA,
- mettre en relation les symptômes ayant amené la personne à consulter et sa consommation de SPA.

MATERIELS ET METHODES

1. Les urgences adultes du CHU de Bordeaux – site Pellegrin

Les urgences adultes du CHU de Bordeaux sont divisées en plusieurs sites : les urgences adultes de l'hôpital Saint-André, situées en centre-ville, les urgences adultes de l'hôpital Pellegrin situées un peu plus au Sud-Ouest de Bordeaux, et les urgences adultes de Haut-Lévêque, extérieures à Bordeaux, situées à Pessac. Ces dernières accueillent seulement les urgences cardiologiques.

Notre recrutement s'est effectué au sein des urgences adultes du site Pellegrin, qui accueillent la majorité des patients admis aux urgences.

Elles ont accueilli en moyenne 56 000 personnes en 2015. Ce taux est stable par rapport à l'année précédente.

Lorsqu'un adulte se présente à l'accueil des urgences de Pellegrin, il est reçu par 2 personnes :

- Un agent administratif qui recueille toutes les informations administratives permettant de créer une fiche patient ou de ressortir cette fiche si le patient est déjà connu de l'établissement. Cet enregistrement informatique se fait en utilisant la carte vitale.
- Une infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) qui évalue le degré d'urgence de la consultation, et oriente le patient à l'aide de codes couleurs reflétant la gravité de la consultation. Elle est chargée de prendre les constantes vitales et d'évaluer la douleur.

Si le patient est jugé stable avec un faible degré d'urgence, il est orienté en secteur de consultation. Il peut donc patienter en salle d'attente. Dans le cas inverse, le patient est installé dans un box aux soins d'urgence. Si son état est précaire ou s'il nécessite une prise en charge médicale immédiate et/ou une surveillance rapprochée, il peut être installé au service d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou au déchocage.

2. Le recueil des données

Avant de débiter l'étude, une information écrite et orale a été faite aux différents médecins et internes postés aux urgences sur l'étude en elle-même, la distribution, le remplissage et la récupération du questionnaire.

Nous avons réalisé une étude prospective. Les données ont été recueillies du vendredi 8 avril 2016 à 8h au dimanche 17 avril 2016 à 20h. Tous les patients âgés entre 18 et 75 ans ont été inclus, quel que soit le motif d'admission.

Nous avons pu être sur place et prendre le temps d'expliquer le projet aux patients durant toute cette période de 8h à 20h, sauf du 13 au 15 avril, où nous ne pouvions être présents que de 17h30 à 21h. La nuit, les questionnaires étaient distribués par l'IOA et inclus dans chaque dossier de patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Les données étaient récupérées par les externes et les internes et placées dans des boîtes situées dans les urgences. Les questionnaires de la nuit étaient ainsi récupérés le lendemain matin.

Une demande a été faite auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) pour réaliser ce travail.

3. La population étudiée

3.1. Critères d'inclusion

Tous les patients consultant aux urgences âgés entre 18 ans et 75 ans, étaient éligibles pour l'inclusion dans l'étude, quel que soit le motif de consultation aux urgences.

Les patients devaient remplir un questionnaire anonyme tenant sur une page recto-verso, distribué par l'IOA ou par les médecins.

Les critères d'inclusion étaient donc les suivants :

- Le patient devait avoir un âge supérieur ou égal à 18 ans
- Le patient devait avoir un âge inférieur ou égal à 75 ans
- Le patient devait consulter dans le service d'urgences adultes de Pellegrin

3.2. Critères d'exclusion

Les patients exclus étaient ceux qui présentaient les caractéristiques suivantes :

- Interrogatoire impossible (troubles de la conscience, démence, troubles cognitifs, barrière de la langue)
- Patients pris en charge en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)
- Patients sous mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle)
- Refus

3.3. Les données analysées

3.3.1. Elaboration du questionnaire

Une lettre expliquant le projet aux patients était associée au questionnaire [Annexe 1]. Le questionnaire remis aux patients figure en annexe [Annexe 2]. Ce questionnaire était strictement anonyme. Ce questionnaire comprend différentes parties. Il s'intéresse aux données socio-économiques des patients et à leur habitus en termes de consommation d'alcool. Les parties suivantes s'intéressent à la consommation de substances psychoactives.

Le questionnaire a été réalisé à partir d'enquêtes préexistantes. (28) (29)

3.3.2. Les données individuelles

Les données socio-économiques des patients (âge, sexe, mode de vie (couple ou non, logement, ressources économiques, niveau d'étude et grossesse) ont été relevées.

Une question concernant l'auto-évaluation de la personne quant à son bien-être général dans la vie de tous les jours était posée.

3.3.3. La consommation de tabac et d'alcool

La réponse à la question de la consommation de tabac et d'alcool était binaire. En cas de réponse positive, une quantification de la consommation a été évaluée pour chaque substance. Pour l'alcool, les seuils de consommation utilisés sont ceux mentionnés par l'Organisation Mondiale de la Santé au-delà desquels l'usage devient à risque. (13) Ils sont détaillés dans la première partie. Pour le tabac, le seuil de 10 cigarettes par jour a été fixé. Il n'existe pas de seuil au-delà duquel il existe un risque supplémentaire de complications. Le seuil de 10 cigarettes par jour a été fixé arbitrairement, afin d'objectiver le nombre de « gros fumeurs » potentiellement dépendants à la nicotine, et le nombre de « petits fumeurs ou de fumeurs moyens », moins dépendants à la nicotine.

3.3.4. La consommation de substances psychoactives

La première question portait sur la consommation éventuelle de substances psychoactives au cours de la vie et quel était l'effet recherché lors de cette consommation, ainsi que les circonstances de consommation (plutôt seul ou en groupe). En effet, certaines personnes peuvent avoir consommé une seule fois dans leur vie « pour essayer », ou plusieurs fois pendant une période donnée avant d'arrêter.

La seconde partie concernait la consommation de substances psychoactives au cours de l'année écoulée. Cette question se présentait sous forme de tableau, à remplir par le patient. Une liste de substances psychoactives était proposée.

Elles étaient classées par ordre alphabétique. Il s'agissait des substances suivantes : amphétamines, antidépresseurs, barbituriques, benzodiazépines, buprénorphine, cannabis, cathinones et cannabinoïdes de synthèse, champignons hallucinogènes, cocaïne et crack, colles et solvants, GHB et GBL, héroïne, LSD, MDMA, méthadone, morphine, poppers, autres.

Pour chaque substance, si le patient en consommait, il devait mentionner son mode et sa fréquence de consommation, son mode d'obtention et la date de la dernière consommation.

3.3.5. La consultation aux urgences

Le patient devait répondre à deux questions ouvertes et deux questions fermées. Les deux premières portaient sur le motif de consultation aux urgences et sur les symptômes décrits. Les deux suivantes cherchaient à savoir si le patient avait déjà consulté dans un service d'urgence, et si le motif de consultation actuel pouvait avoir un lien direct ou indirect avec la consommation de substances psychoactives.

3.3.6. Le diagnostic

La dernière partie était à remplir par le médecin en charge du patient. Il s'agissait du diagnostic final évoqué à l'issue de la consultation aux urgences, si celui-ci avait pu être fait.

3.4. La saisie des données

Pour chaque questionnaire, toutes les variables ont été saisies sur ordinateur à l'aide du logiciel Epi Info.

Le nombre total de passages aux urgences et le nombre de patients âgés de moins de 18 ans et de plus de 75 ans sur la période du 7 avril à 8h au 18 avril à 20h ont été recensés grâce à l'assistance médico-administrative du pôle des urgences du CHU de Bordeaux-site Pellegrin. Le nombre de questionnaires analysés et non analysables ont également été saisis. Ces différentes valeurs ont été saisies sur Excel.

3.5. Analyse statistique

Nous avons mené des analyses descriptives. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes et écart-type ou leur médiane et étendue interquartile, lorsque leur distribution ne suivait pas une loi normale. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage des effectifs totaux. La comparaison entre les différents groupes a été réalisée avec des tests de Student pour les variables quantitatives et des tests du chi-2 pour les variables qualitatives. Lorsque les conditions d'application de ces tests n'étaient pas remplies, nous avons utilisé les tests non paramétriques correspondants, respectivement test de Kruskal-Wallis et test de Fisher.

Les analyses statistiques ont été menées à l'aide du logiciel SAS (v9.4, SAS Institute Inc.).

RESULTATS

Entre le 8 avril 2016 à 8h et le 17 avril 2016 à 20h, il y a eu 1355 passages aux urgences au total. Parmi ces patients, 203 (14,9%) avaient un âge strictement supérieur à 75 ans et 40 (3,0%) avaient un âge strictement inférieur à 18 ans.

Sur les 1112 patients restants, 595 questionnaires ont été récupérés. Lors de la saisie des données, 66 questionnaires étaient mal remplis, et donc non analysables. Au total, 529 questionnaires ont pu être analysés et ont été rentrés dans la base de données.

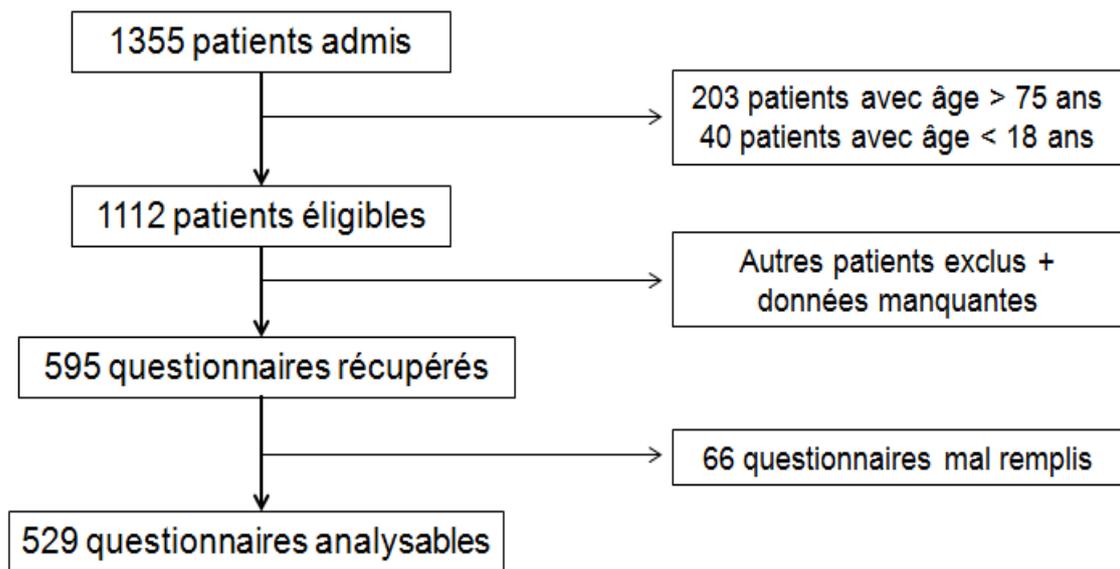


Figure 3 : Diagramme de flux

1. Résultats globaux

Nous avons exclu des SPA le tabac et l'alcool. Ces deux SPA ont déjà été largement étudiées. Leur consommation n'est pas l'objet de notre travail.

Les résultats qui vont suivre s'appuieront sur une comparaison entre deux groupes.

Le groupe A (colonne A) correspond ainsi au nombre de personnes ayant consommé des SPA (hors tabac et alcool) dans l'année précédent la consultation aux urgences.

Le groupe B (colonne B) correspond au nombre de personnes n'ayant jamais consommé de SPA (hors tabac et alcool) ou en ayant consommé plus d'un an avant la consultation aux urgences.

Tableau 3 : Comparaison des usagers de SPA il y a moins d'un an (groupe A) avec les patients n'ayant jamais consommé de drogues ou en ayant consommé il y a plus d'un an (groupe B), en fonction des données socio-économiques (MED = médiane ; EIQ = écart inter-quartile)(n=529)

	Population		Consommateurs de SPA < 1an (A)		Consommateurs de SPA : jamais ou > 1 an (B)		P value
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Age							
MED EIQ (années)	35	(25-51)	39	(27-56)	31	(22-42)	<10 ⁻⁴
18-25 ans	135	(26,0)	63	(35,0)	72	(21,2)	<10 ⁻⁴
26-35 ans	127	(24,4)	54	(30,0)	73	(21,5)	
36-50 ans	125	(24,0)	44	(24,4)	81	(23,8)	
> ou = 51 ans	133	(25,6)	19	(10,6)	114	(33,5)	
Sexe							
							NS
Homme	299	(56,6)	106	(58,2)	193	(55,8)	
Femme	229	(43,4)	76	(41,8)	153	(44,2)	
Couple							
							<10 ⁻²
oui	269	(51,0)	78	(42,9)	191	(55,4)	
non	258	(49,0)	104	(57,1)	154	(44,6)	
Enfants à charge							
							<0,05
oui	199	(37,8)	56	(30,8)	143	(41,5)	
non	328	(62,2)	126	(69,2)	202	(58,6)	

Niveau d'étude							<10 ⁻²
Primaire	25	(4,9)	2	(1,1)	23	(6,8)	
Collège/CAP/BEP	126	(24,5)	38	(21,5)	88	(26,0)	
Lycée	126	(24,5)	42	(23,7)	84	(24,9)	
Supérieur	238	(46,2)	95	(53,7)	143	(42,3)	
Grossesse en cours							NS
oui	7	(1,3)	3	(1,6)	4	(1,2)	
non	520	(98,7)	179	(98,4)	341	(98,8)	
Activité professionnelle							NS
oui	336	(63,8)	123	(67,6)	213	(61,7)	
non	191	(36,2)	59	(32,4)	132	(38,3)	
Logement stable							<0,05
oui	487	(92,6)	163	(89,6)	324	(94,2)	
non	39	(7,4)	19	(10,4)	20	(5,8)	
Ressources							<0,05
Grande précarité	8	(1,5)	3	(1,7)	5	(1,5)	
Précarité + aides sociales	94	(18,0)	45	(24,7)	49	(14,4)	
Revenus réguliers	421	(81,0)	134	(73,6)	287	(84,2)	
Consommation d'alcool							<10 ⁻⁴
oui	351	(66,7)	144	(79,1)	207	(60,2)	
non	175	(33,3)	38	(20,9)	137	(39,8)	

Consommation de tabac							<10 ⁻⁴
oui	227	(43,2)	125	(68,7)	102	(29,7)	
non	299	(56,8)	57	(31,3)	242	(70,3)	
Vision de soi							<10 ⁻⁴
Bonne	214	(40,6)	48	(26,4)	166	(48,1)	
Correcte	226	(42,9)	95	(52,2)	131	(38,0)	
Moyenne	76	(14,4)	31	(17,0)	45	(13,0)	
Mauvaise	11	(2,1)	8	(4,4)	3	(0,9)	

1.1. La prévalence

Au total, sur 520 patients aux données exploitables sur 529 inclus, 180 ont déclaré avoir consommé des substances psychoactives (hors tabac et alcool) moins d'un an avant la consultation aux urgences soit 34,6%. 340 patients n'avaient jamais consommé de SPA ou en avaient consommé il y a plus d'un an, soit 65,4%.

1.2. Les données socio-économiques

1.2.1. L'âge des patients

On observe que la répartition des patients selon les différentes classes d'âge est assez homogène : entre 18 et 25 ans, cela correspondait à 26,0% de l'ensemble de la population, entre 26 et 35 ans, cela correspondait à 24,4%, entre 36 et 50 ans, cela correspondait à 24,0% et on observe un pourcentage de 25,6% pour les 51 ans et plus.

D'après le tableau 3, la plus grosse proportion issue du groupe A concernait les 18 à 25 ans (35%).

Par contre, si on considère la proportion de consommateurs issus du groupe A sur le nombre de consommateurs issus de cette tranche d'âge, cela représentait un peu moins de la moitié (46,7%) et une proportion non négligeable pour les classes 26-35 ans et 36-50 ans (42,2% et 35,2% respectivement). [Figure 4]

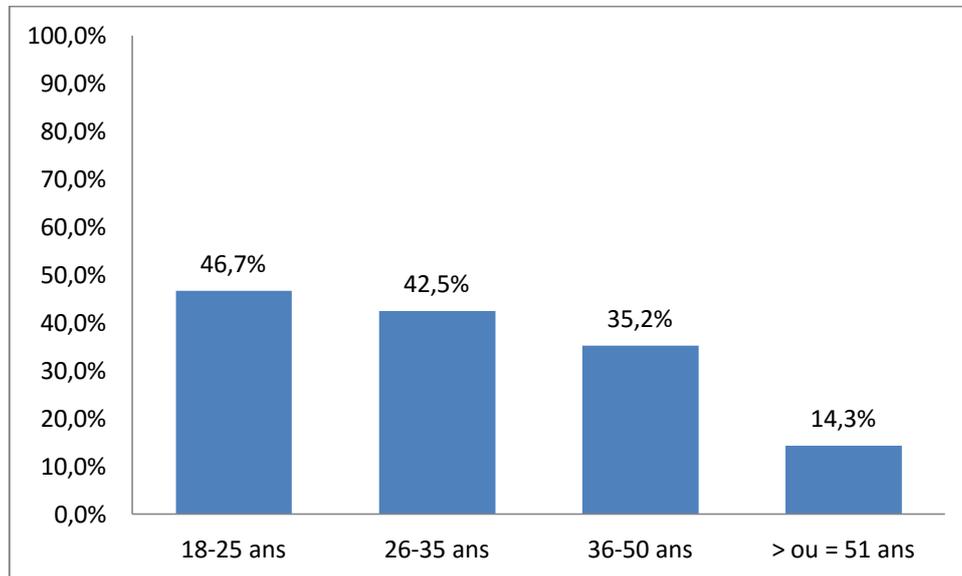


Figure 4 : Proportion de patients issus du groupe A par classe d'âge

1.2.2. Le sexe des patients

Dans la population globale, 299 patients étaient des hommes (56,6%) et 229 étaient des femmes (43,4%). Sur l'ensemble de la population, les hommes issus du groupe A représentaient 20,1% et les femmes issues du même groupe 14,4%. **Il n'existait pas de différence significative pour le sexe entre le groupe A et le groupe B.** [Tableau 3]

1.2.3. La vie en couple

Environ la moitié des patients recrutés pour l'étude vivait en couple (51%). 78 personnes soit 29,0% des patients vivant en couple faisaient partie du groupe A ; et 191 personnes soit 71,0% des patients vivant en couple faisaient partie du groupe B.

57,1% des patients issus du groupe A n'étaient pas en couple ($p < 0,01$). [Tableau 3]
Les patients vivant en couple étaient donc moins consommateurs que ceux qui ne le sont pas.

1.2.4. Les enfants à charge

37,8% des patients consultant aux urgences avaient des enfants à charge. 30,8% des patients issus du groupe A avaient des enfants à charge contre 41,5% dans le groupe B. Sur les 199 patients ayant des enfants à charge, 28,1% faisaient partie du groupe A et 71,9% faisaient partie du groupe B ($p = 0,0162$). [Tableau 3]

Les personnes ayant des enfants à charge étaient moins consommatrices de SPA que celles qui n'en avaient pas.

1.2.5. Le niveau d'étude

Une faible proportion de patients consultant aux urgences avait un niveau d'étude qui s'arrêtait au primaire (4,9%). On constate que la majorité des patients issus du groupe A avait un niveau d'études supérieures (53,7%). Ce chiffre est de 42,3% en ce qui concerne le groupe B ($p < 0,01$). [Tableau 3]

Par ailleurs, on constate que presque 70% des patients ayant un niveau d'étude équivalent au collège et au bac, et 60% des patients ayant un niveau d'études supérieures ne consommaient pas de SPA (groupe B). [Figure 5]

Les patients dont le niveau d'études était supérieur, étaient proportionnellement plus consommateurs que les patients ayant un autre niveau d'études.

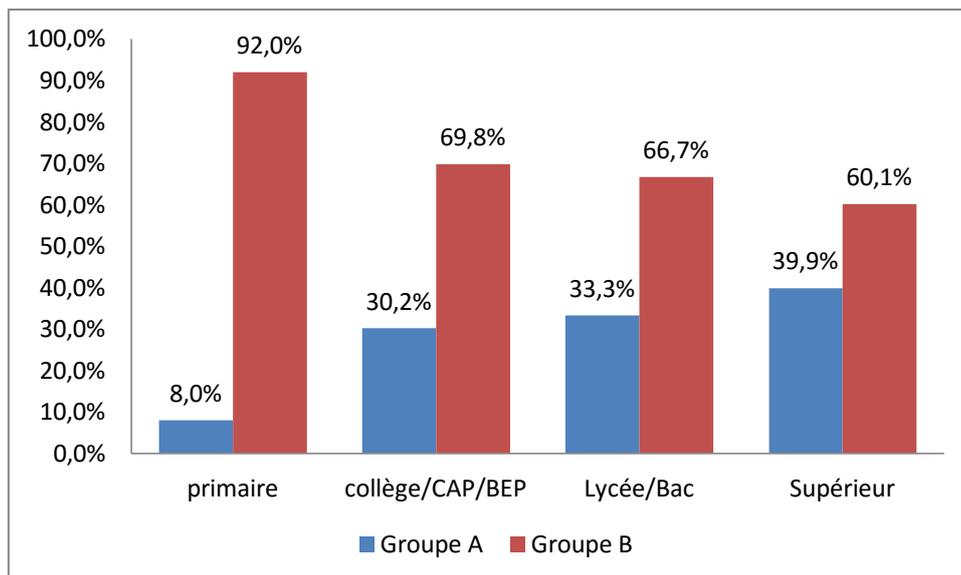


Figure 5 : Proportion de patients classés par niveau d'étude issus du groupe A (en bleu) et du groupe B (en rouge)

1.2.6. Grossesse en cours

7 grossesses ont été recensées pendant l'étude. Cela correspond à 3,1% de l'ensemble des femmes ayant consulté aux urgences. 3 d'entre-elles ont déclaré consommer des SPA dans l'année précédente. Cela correspond à 4,0% de l'ensemble des femmes issues du groupe A. Il n'y a pas de différence significative avec le groupe B (5,2% des femmes du groupe B). [Tableau 3]

Cela montre également que sur l'ensemble des femmes enceintes, 42,9% font partie du groupe A, et 57,1% font partie du groupe B. [Figure 6]

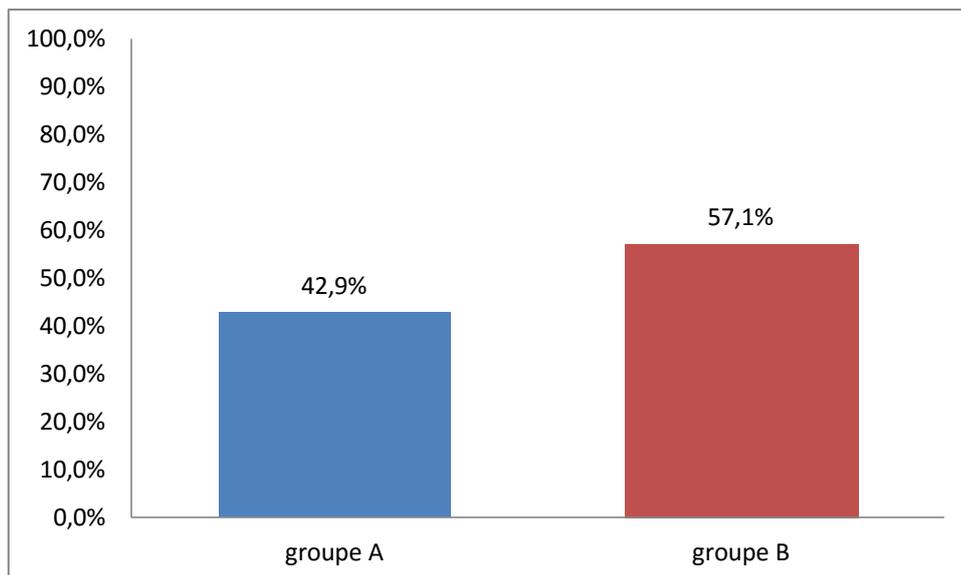


Figure 6 : Proportion de femmes issues du groupe A (en bleu) et du groupe B (en rouge) parmi toutes les femmes enceintes

1.2.7. Activité professionnelle

191 personnes ayant consulté aux urgences étaient sans profession (36,2% de l'ensemble de la population). Sur ces 191 personnes, 59 faisaient partie du groupe A soit 30,9%. Sur les 336 personnes ayant une activité professionnelle, 123 faisaient partie du groupe A, soit 36,6%. De la même manière, 67,6% des patients du groupe A avaient une activité professionnelle, et 61,7% pour le groupe B. Il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes. [Tableau 3]

1.2.8. Type de logement

39 patients ont déclaré ne pas avoir de logement stable soit 7,4% de l'ensemble des patients. 10,4% des patients du groupe A n'avaient pas de logement stable versus 5,8% dans le groupe B ($p < 0,05$). [Tableau 3]

1.2.9. Ressources

Sur l'ensemble des patients, la majorité avaient des revenus réguliers (81,0%). 18,0% étaient en situation de précarité avec des prestations sociales, et 1,5% étaient en situation de grande précarité. Parmi les patients du groupe A, 24,7% étaient en situation de précarité avec des prestations sociales, et 73,6% avaient des revenus

réguliers. Parmi les patients du groupe B, 14,4% étaient en précarité avec des aides sociales et 84,2% avaient des revenus réguliers ($p < 0,05$). [Tableau 3]

En considérant les patients selon leur type de ressources, on observe que pour les personnes en situation de précarité avec aides sociales, il existe des proportions quasi équivalentes de patients issus du groupe A et du groupe B. [Figure 7]

Les patients issus de cette classe consommaient proportionnellement davantage de SPA que ceux en situation de grande précarité ou ayant des revenus réguliers.

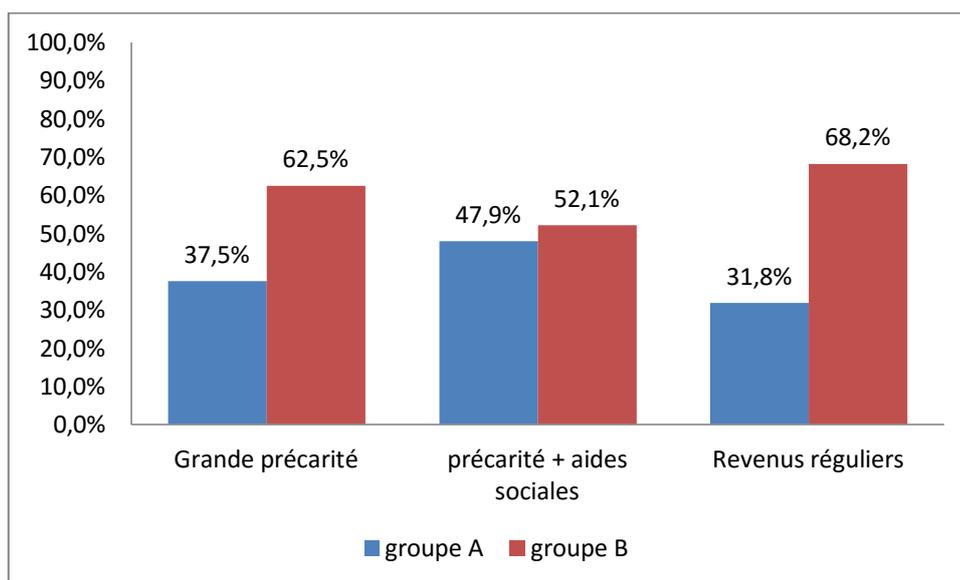


Figure 7 : Proportion de patients issus du groupe A (en bleu) ou du groupe B (en rouge) selon le type de ressources

1.2.10. Consommation de tabac et d'alcool

Deux tiers de l'ensemble des patients consultant aux urgences ont déclaré consommer de l'alcool régulièrement ou occasionnellement et 43,2% étaient tabagiques.

Sur l'ensemble des patients issus du groupe A, 79,1% consommaient de l'alcool, et 68,7% étaient consommateurs de tabac. En ce qui concerne le groupe B, 60,2% de ces patients prenaient de l'alcool et 29,7% fumaient du tabac ($p < 10^{-4}$). [Tableau 3]

On observe aussi que parmi les non tabagiques, une plus grande proportion de patients était issue du groupe B (80,9%), et chez les patients non consommateurs

d'alcool, une proportion plus importante de patients était issue du groupe B (78,3%).
[Figure 8]

Les usagers de tabac et d'alcool étaient donc d'avantage consommateurs de SPA.

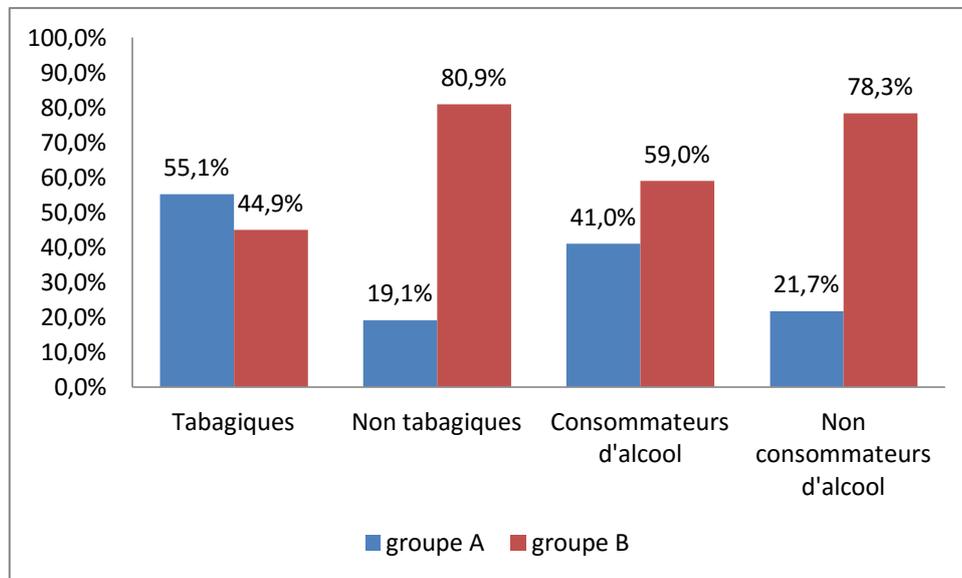


Figure 8 : Proportion de patients issus du groupe A (en bleu) ou du groupe B (en rouge) en fonction de leur consommation ou non de tabac et/ou d'alcool

1.2.11. Vision de soi

Dans la population générale, 40,6% des patients estiment avoir une bonne vision d'eux-mêmes, 42,9% estiment avoir une vision correcte, 14,4% estiment en avoir une moyenne, 2,1% en estiment en avoir une mauvaise. Parmi les patients issus du groupe A, on observe que seulement 26,4% ont une bonne vision d'eux-mêmes contre 48,1% chez les patients issus du groupe B. 4,4% des patients du groupe A ont une mauvaise vision d'eux-mêmes et 0,9% des patients du groupe B ont une mauvaise vision d'eux-mêmes ($p < 10^{-4}$).

De la même façon, si l'on considère l'ensemble des patients qui ont une bonne vision d'eux-mêmes, on observe que 77,6% de ces patients font partie du groupe B, et pour ceux qui ont une mauvaise vision d'eux-mêmes, 27,3% font partie du groupe B.
[Figure 9]

Les patients ayant une bonne vision d'eux-mêmes étaient moins consommateurs de SPA que les autres.

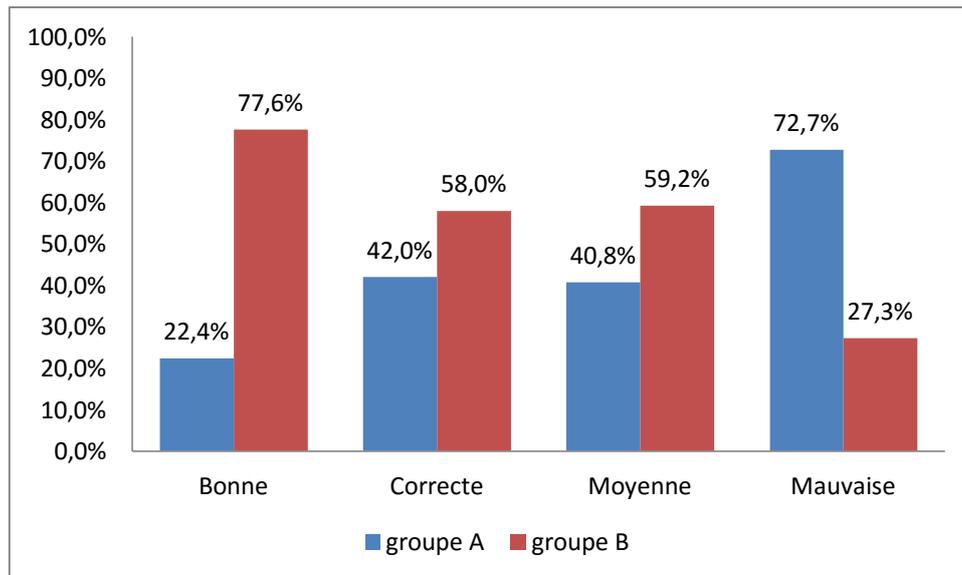


Figure 9 : Proportion de patients issus du groupe A (en bleu) ou du groupe B (en rouge) en fonction de la vision qu'ils ont d'eux-mêmes

1.3. Effets et circonstances de consommation des SPA

Dans la population générale, sur 527 patients, 230 (43,6%) déclarent avoir déjà consommé une ou des SPA au cours de leur vie. Les résultats concernant la consommation au cours de la vie présentent quelques incohérences. En effet, concernant le groupe A, c'est-à-dire ceux qui ont déclaré consommer des SPA au cours de l'année écoulée, on observe que 94% de ces patients ont répondu « oui » à la question « Avez-vous déjà consommé une ou des substance(s) psychoactive(s) au cours de votre vie ? », et 6% ont répondu « non ». Pour le groupe B, 82,9% de ces patients ont répondu « non » à cette question, et 17,1% ont répondu « oui ». Les résultats sont donc difficilement interprétables. [Tableau 4]

Tableau 4 : Comparaison des usagers de SPA il y a moins d'un an (groupe A) avec les patients n'ayant jamais consommé de drogues ou en ayant consommé il y a plus d'un an (groupe B), en fonction de la consommation au cours de la vie, des effets recherchés et des circonstances de consommation (n=529)

	Population		Consommateurs de SPA < 1 an (A)		Consommateurs de SPA > 1 an ou jamais (B)		P value
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
	<hr/>						
Consommation dans la vie							<10 ⁻⁴
oui	230	(43,6)	171	(94)	59	(17,1)	
non	297	(56,4)	11	(6,0)	286	(82,9)	
Effet recherché							<10 ⁻⁴
positif	92	(17,5)	74	(40,7)	18	(5,2)	
sédatif	76	(14,4)	59	(32,4)	17	(4,9)	
hallucinogène	14	(2,7)	11	(6,0)	3	(0,9)	
autre	45	(8,5)	26	(14,3)	19	(5,5)	
Non concerné	300	(57,0)	12	(6,6)	288	(83,5)	
Circonstances de consommation							<10 ⁻⁴
seul	36	(6,8)	27	(14,8)	9	(2,6)	
en groupe	119	(22,6)	84	(46,2)	35	(10,2)	
les deux	72	(13,7)	59	(32,4)	13	(3,8)	
non concerné	299	(56,8)	12	(6,7)	287	(83,4)	

Concernant les patients issus du groupe A, on observe que les principaux effets recherchés sont : positif, stimulant (40,7%) ou sédatif, tranquillisant (32,4%). Peu de ces patients recherchent un effet hallucinogène (6,0%). 14,3% de ces patients recherchaient un effet autre.

Concernant les patients issus du groupe B, la plupart ne se sentait pas concernée par cette question (83,5%).

Il existait une différence significative entre les deux groupes ($p < 10^{-4}$).

En ce qui concerne les circonstances de consommation, on observe que les patients issus du groupe A consommaient davantage en groupe (46,2%), que seuls (14,8%). Presque un tiers de ces patients consommaient les SPA des deux manières.

2. La consommation de tabac et d'alcool

227 patients soit 43,2% ont répondu « oui » à la consommation de tabac, la majorité de consommateurs étant située entre 18 et 50 ans (84,4%). Les proportions de patients fumant plus ou moins de 10 cigarettes par jour était équivalente. Parmi les fumeurs, 39,7% étaient des femmes, et 60,3% étaient des hommes.

351 personnes soit 66,7% ont répondu « oui » à la consommation d'alcool. Les proportions de consommateurs étaient équivalentes entre les différentes tranches d'âge (entre 23,3 et 28,8%). 75,2% des hommes et 55,7% des femmes étaient consommateurs d'alcool (occasionnel ou quotidien).

Parmi les consommateurs d'alcool, 7,9% ont déclaré consommer plus de 3 verres par jour. Parmi ceux qui consomment plus de 3 verres par jour, 85,7% étaient des hommes, 35,7% appartenaient à la tranche d'âge 36-50 ans, et 42,9% appartenaient à la tranche d'âge 51 ans ou plus. Sur l'ensemble de la population de plus de 51 ans consommatrice d'alcool, 14,5% d'entre eux consommaient plus de 3 verres par jour.

Parmi les consommateurs d'alcool, 45% ont déclaré consommer plus de 4 verres par occasion. Parmi ceux qui consommaient plus de 4 verres par occasion, 69,6% étaient des hommes, 42,5% concernaient les 18-25 ans et 25% concernaient les 26-35 ans. Ce chiffre s'abaisse à 11,9% pour les plus de 50 ans. Deux tiers des jeunes

de 18-25 ans consommateurs d'alcool ont déclaré consommer plus de 4 verres par occasion et cela concernait 48,2% des 26-35 ans.

3. Les différentes drogues consommées

Les barbituriques, la buprénorphine, les colles, le GHB / GBL, l'héroïne et la méthadone étaient les SPA les moins consommées (entre 0,2 et 0,9% de l'ensemble de la population consultant aux urgences). A noter que le seul consommateur de GHB/GBL recensé dans cette étude s'était procuré cette substance par internet.

La figure suivante illustre les pourcentages des différentes SPA consommées sur les 529 patients recrutés pour l'étude dans l'année écoulée, dont le pourcentage est supérieur à 1%.

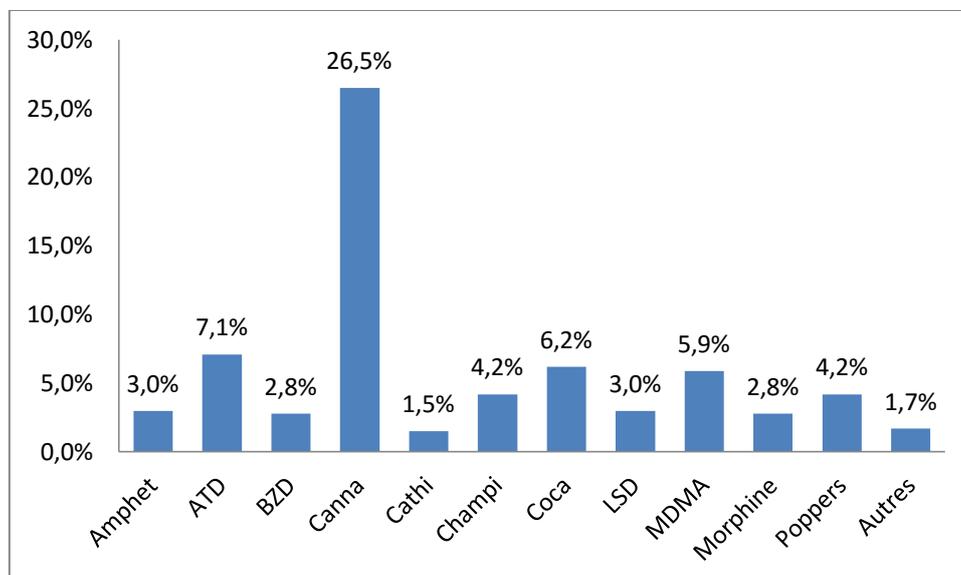


Figure 10 : Proportions des différentes SPA consommées dans l'année écoulée pour l'ensemble de la population consultant aux urgences

Le cannabis

La substance la plus consommée dans l'année écoulée était le cannabis, avec 26,5% (140 patients) des personnes consultant aux urgences.

Les plus consommateurs étaient les 18-25 ans, avec 42,2% d'entre eux déclarant en avoir consommé dans l'année écoulée. Ce pourcentage était de 36,2% chez les 26-

35 ans, de 23,2% chez les 36-50 ans et s'abaissait à 6% chez les personnes de 51 ans ou plus.

38 personnes (27%) en avaient consommé dans les 24 heures précédant la consultation aux urgences (dont 13 patients âgés de 18 à 25 ans et 17 patients âgés de 26 à 35 ans), et 32 personnes (22,9%) en avaient consommé dans la semaine précédente.

36,6% des consommateurs de cannabis déclaraient un usage quotidien ou compris entre 2 et 6 fois par semaine. 26,4% en consommaient une fois par mois, et 23,2% une fois par an.

Les modes d'obtention le plus fréquent était le deal (50%) ou le don (39,5%). Il n'y avait pas d'achat par internet.

Les antidépresseurs et les benzodiazépines

Les antidépresseurs représentent la deuxième substance la plus consommée, avec 7,1% des passages aux urgences. 67,6% de ces patients déclaraient en consommer quotidiennement. L'obtention était faite sur prescription médicale dans 100% des cas.

Quinze personnes ont déclaré consommer des benzodiazépines soit 2,8% de l'ensemble des patients. La totalité des consommateurs détenait une prescription médicale.

La cocaïne

Elle représente la deuxième substance illégale consommée après le cannabis avec 6,2% des patients (soit 33 personnes).

8,9% des jeunes de 18 à 25 ans ont déclaré avoir consommé de la cocaïne dans l'année écoulée, et cela représente 10,2% pour les 26-35 ans.

Elle était consommée par sniff dans la majorité des cas (87,9% des consommateurs). Une seule personne a déclaré utiliser la voie intraveineuse.

La consommation remontait à plus de 6 mois dans 51,2% des cas. Une personne a déclaré en avoir consommé 24 heures avant la consultation aux urgences, et 8

personnes (24,2% des consommateurs de cocaïne) ont déclaré en avoir consommé moins d'une semaine avant la consultation.

Les modes d'obtention les plus fréquents étaient le deal et le don. 2 personnes ont déclaré se procurer de la cocaïne sur internet.

La MDMA

31 personnes étaient consommatrices de MDMA soit 5,9% des patients. Il s'agit donc de la troisième SPA illégale la plus consommée.

8,9% des jeunes de 18 à 25 ans et 8,7% des 26-35 ans ont consommé de la MDMA dans l'année précédant la consultation aux urgences.

45,2% de ces consommateurs en prenaient une fois par an, 41,9% une fois par mois, et 6,5% une fois par semaine. 6,5% ont déclaré avoir une autre fréquence de consommation.

17 personnes soit 54,9% en avaient consommé plus de 6 mois avant la consultation aux urgences, 38,8% en avaient consommé dans les 2 mois précédant la consultation et deux personnes soit 6,4% des consommateurs de MDMA en ont consommé moins d'une semaine avant la consultation aux urgences.

Le mode de consommation le plus fréquent était le parachute avec 19 personnes (soit 61,3% des consommateurs).

Les modes d'obtention les plus fréquents étaient le deal et le don. Deux personnes se procuraient la MDMA par internet, et une personne par un autre moyen.

Les champignons hallucinogènes

22 personnes ont déclaré avoir consommé des champignons hallucinogènes dans l'année écoulée soit 4,2% des patients consultant aux urgences.

72,7% d'entre eux disaient en consommer une fois par an, 13,6% en consommaient une fois par mois et 13,6% à une autre fréquence que celles proposées dans le questionnaire.

Là encore, les modes d'obtention les plus fréquents étaient le don et le deal. Six personnes soit 27,3% des consommateurs de champignons se les sont procurés sur internet.

Trois personnes en ont consommé 24 heures avant de consulter aux urgences.

Le poppers

4,2% des patients consultant aux urgences ont consommé du poppers dans l'année écoulée.

Dix patients soit 45,5% des consommateurs de poppers déclaraient en avoir un usage annuel. 36,4% déclaraient en consommer de façon mensuelle.

Trois personnes soit 13,6% des consommateurs de poppers en avaient fait l'usage avant la consultation aux urgences. L'obtention se faisait par vente libre dans la majorité des cas.

Les amphétamines

16 patients soit 3,0% de la population consultant aux urgences ont déclaré consommer des amphétamines.

Deux patients en avaient consommé moins de 24 heures avant de consulter aux urgences et 3 patients moins d'une semaine avant.

Deux patients s'étaient procurés des amphétamines via internet.

Le LSD

3,0% de la population admise aux urgences ont déclaré consommer du LSD.

7 personnes soit 43,8% des consommateurs de LSD déclaraient en avoir l'usage une fois par an, et 6 personnes soit 37,5% en consommaient une fois par semaine ou plus.

Une personne en avait consommé moins de 24h avant la consultation aux urgences, une autre moins d'une semaine avant, et 3 personnes moins d'un mois avant.

La morphine

2,8% des patients consultant aux urgences avaient consommé de la morphine dans l'année écoulée (soit 15 personnes).

Pour 11 personnes, leur consommation était liée à une prescription médicale. Une personne se procurait de la morphine par deal, une autre par don, et deux autres personnes ont déclaré avoir un autre moyen d'obtention que ceux proposés par le questionnaire.

11 personnes utilisaient la voie orale, et 4 personnes utilisaient la voie intraveineuse.

7 personnes en avaient consommé plus de deux mois avant la consultation aux urgences, 2 personnes moins d'une semaine avant et 6 personnes moins de 24 heures avant la consultation aux urgences.

Les cathinones et cannabinoïdes de synthèse

8 personnes ont déclaré consommer des cathinones et des cannabinoïdes de synthèse dans l'année précédant leur consultation aux urgences, soit 1,5% de l'ensemble de la population.

Parmi ces consommateurs, 3 personnes se sont procuré les cathinones via internet. Les autres les ont obtenues par deal ou par don.

Trois personnes en avaient consommé dans la semaine précédant la consultation aux urgences.

Les autres SPA

9 personnes ont déclaré avoir consommé d'autres SPA que celles mentionnées dans le questionnaire, soit 1,7% des consultations aux urgences.

Une personne fumait la (ou les) autre(s) substance(s) et les 8 autres l' (ou les) ingéraient.

Deux personnes en ont consommé 24h avant de consulter aux urgences et une personne dans la semaine précédente.

Trois personnes se sont procuré ces substances par internet, quatre personnes par deal ou par don et deux personnes ont déclaré obtenir ces substances par prescription médicale.

4. Associations entre les différentes drogues

Tableau 5 : associations entre les principales substances psychoactives (en vert, l'association est positive, NS = non significatif, absence d'association)

	amphet	canna	cathi	champi	cocaï	LSD	MDMA	morphi	poppers	Autres
amphet		+	NS	+	+	+	+	+	+	+
canna			+	+	+	+	+	NS	+	+
cathi				+	+	+	+	NS	NS	NS
champi					+	+	+	+	+	NS
cocaï						+	+	+	+	+
LSD							+	+	+	+
MDMA								NS	+	+
morphi									+	+
poppers										+
autres										

Le tableau ci-dessus met en évidence les associations entre les différentes SPA. On observe qu'il n'existe que des associations positives. Il n'y a pas d'associations négatives. Cela signifie qu'un consommateur d'une certaine substance peut potentiellement consommer quasiment toutes les autres. Certaines SPA n'ont aucune association, mais cela est moins fréquent.

5. Lien entre la consultation aux urgences et la consommation de SPA

51 personnes ont déclaré qu'il existait un lien entre le motif de consultation aux urgences et la consommation de SPA (alcool inclus), soit 9,7% de l'ensemble des personnes ayant consulté aux urgences.

Cela représentait également 28,3% des patients ayant consommé des SPA (alcool inclus) dans l'année précédant la consultation aux urgences.

76,5% de ces personnes étaient des hommes versus 23,5% de femmes ($p < 0,01$).

Les symptômes décrits par les patients et les diagnostics finaux n'ont pu faire l'objet d'analyses statistiques devant la diversité des données qualitatives mentionnées par les patients et/ou les médecins prenant en charge les patients.

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Notre travail était d'évaluer la prévalence de la consommation des SPA chez les adultes âgés de 18 à 75 ans consultant dans le service des urgences du CHU de Bordeaux à l'Hôpital Pellegrin, et de rechercher des liens entre les données socio-économiques des patients et leur consommation. Nous nous sommes également intéressés au lien entre le motif de consultation et la consommation de SPA.

La population recrutée était homogène en ce qui concerne les tranches d'âge et le sexe. La majorité des consommateurs avait moins de 50 ans.

Sur 529 patients analysés sur une période de 10 jours, 180 soit 34,6% déclaraient avoir consommé des SPA (hors tabac et alcool) moins d'un an avant la consultation aux urgences.

Parmi les données socio-économiques étudiées, la plupart était liée à la consommation de SPA.

Les facteurs socio-économiques ayant une association positive avec la consommation de SPA étaient les suivants : le jeune âge, le niveau de ressources économiques « précarité avec aides sociales », la consommation de tabac et/ou d'alcool.

Les facteurs socio-économiques ayant une association négative avec la consommation de SPA étaient les suivants : la vie en couple, les enfants à charge, le logement stable et une représentation positive de soi-même.

Ceux qui n'avaient pas d'influence sur la consommation de SPA étaient : le sexe, la grossesse en cours, l'activité professionnelle.

Les principaux effets recherchés dans la consommation de drogues étaient positif, stimulant ou tranquillisant. Cette consommation se faisait majoritairement en groupe. 15% des consommateurs préféraient consommer seuls.

Parmi les drogues illégales, le cannabis était le plus consommé (26,5% de l'ensemble des patients consultant aux urgences), suivi de la cocaïne, de la MDMA, des champignons hallucinogènes, du poppers et des amphétamines.

La consommation de benzodiazépines et des antidépresseurs était liée à une prescription médicale dans la totalité des cas.

26,7% des consommateurs de morphine se la procuraient autrement que par ordonnance sécurisée médicale.

1,5% de l'ensemble des personnes consultant aux urgences consommaient des cathinones et des cannabinoïdes de synthèse, et 1,7% usaient d'autres substances non mentionnées dans le questionnaire

Dans la majorité des cas, l'obtention de SPA se faisait par deal ou par don.

L'obtention de SPA par internet était moins fréquente, mais internet semble tout de même utilisé en ce qui concerne l'obtention de champignons hallucinogènes, de cocaïne, de MDMA, de cathinones et des autres SPA non mentionnées dans le questionnaire.

Les associations entre les différentes SPA sont le plus souvent positives, ce qui sous-entend une consommation multiple potentielle.

Les symptômes et les diagnostics finaux n'ont pas pu faire l'objet d'une analyse statistique fiable, et ne sont donc pas interprétables.

2. Méthodologie

2.1. Intérêts de l'étude

Cette enquête a permis de faire un état des lieux sur le site des urgences de Pellegrin en ce qui concerne la prévalence des usagers des SPA. Il s'agit d'un travail original, qui n'a pas fait l'objet d'autres études sur le sujet. Cette enquête permet donc d'avoir une notion des données socio-économiques sur la population en général et sur les usagers de SPA.

Nous pouvons noter qu'un grand nombre de patients (529 au total) ont été inclus durant une courte période de recrutement, ce qui nous a permis d'obtenir des analyses statistiques fiables.

Une même personne a été présente tous les jours pendant toute la durée du recrutement, ce qui a facilité le recueil de données. Le recueil est donc homogène, dans un centre unique.

Les patients remplissaient un auto-questionnaire anonyme qui leur était expliqué au début de la consultation aux urgences afin de limiter le biais de déclaration.

Le questionnaire a été élaboré en concertation avec un membre du centre d'addictovigilance du service de pharmacologie médicale du CHU de Bordeaux, afin de construire un document exhaustif, et accessible aux patients.

Une information écrite et orale avait été donnée aux médecins et aux internes sur l'étude, afin de faciliter la distribution, le remplissage et la récupération des questionnaires dans le but d'obtenir un maximum de données.

2.2. Biais de l'étude

Tout d'abord, il s'agit d'une étude monocentrique. Les urgences du CHU de Bordeaux sont sectorisées. Au niveau de l'hôpital Pellegrin, la plupart des consultations relèvent de la neurologie, de la traumatologie, de la chirurgie (urologique, vasculaire, orthopédique, neurologique, abdominale), entre autres. La cardiologie, la gastro-entérologie, une partie de la chirurgie abdominale, la psychiatrie et l'addictologie sont localisées sur d'autres sites. Les motifs de consultation sont donc légèrement différents de ceux d'autres structures.

D'autre part, l'inclusion des patients s'est faite sur la ville de Bordeaux et de son agglomération, où il n'y a pas de Zones d'Enseignements Prioritaires (ZEP). Là aussi cela peut être une source de biais de sélection des patients.

D'après la dernière enquête de l'OFDT en 2004 sur la mortalité liée aux drogues illicites, l'Île de France, le Nord, et la région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) se révèlent être de hauts lieux de consommation de substances illicites chez les personnes interpellées pour usages de stupéfiants âgés de 15 à 49 ans. Sur 23

régions (ancienne répartition), l'Aquitaine était classée en 7^{ème} position pour l'héroïne, la cocaïne et le crack, en 5^{ème} position pour le cannabis, et en 5^{ème} position pour l'ecstasy en ce qui concerne la mortalité liée aux différentes drogues illicites (30).

L'OFDT mentionne également qu'en 2015, de la méthamphétamine avait été identifiée à Bordeaux. Alors que seulement cinq collectes de cette substance avaient été effectuées entre 2010 et 2013 sur le territoire national, quatre y ont été réalisées en 2014 (31).

Un document portant sur l'historique de l'usage des drogues à Bordeaux élaboré conjointement par l'OFDT et par le dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues), rappelle que la ville de Bordeaux possède une localisation stratégique pour le trafic de SPA, notamment pour le cannabis, pour l'héroïne et la cocaïne pouvant provenir d'Espagne, du Portugal et du Maroc. L'été, la situation attractive de Bordeaux (au Sud et proche de l'océan) attire certains touristes d'Europe du Nord (Hollande, Allemagne, Angleterre), dont un certain nombre présente des conduites d'abus ou de dépendance (32).

Enfin, de nombreuses structures d'accueil existent pour les toxicomanes en région bordelaise : les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), et les structures de réductions des risques comme les PES (Programmes d'échanges de seringues) (33).

Tous ces éléments peuvent laisser penser que Bordeaux est un lieu de consommation et de circulation de substances illicites important.

Par ailleurs, comme pour tout questionnaire, même si nous avons fait en sorte qu'il s'agisse d'un auto-questionnaire anonyme, il existe un biais de déclaration. Néanmoins, une étude française menée chez les femmes enceintes concernant leur vulnérabilité psychosociale et toxicologique et comparant les données du dossier médical avec celles d'un auto questionnaire qui leur était remis, a montré que les données de l'auto-questionnaire et du dossier médical étaient équivalentes, voire meilleures pour l'auto-questionnaire concernant l'alcool et la consommation ancienne de SPA (34). Cela suggère que les informations recueillies auprès des patients peuvent être fiables.

Nos données reposent sur des consommations déclarées, sans tests biologiques à l'appui. Il est donc possible qu'il y ait de fausses déclarations, sous-estimant ainsi le nombre de consommateurs de SPA aux urgences, malgré l'anonymat du questionnaire.

D'autre part, il existe un biais d'information. En effet, il y a eu un certain nombre de données manquantes, notamment la nuit, où certains questionnaires n'ont pas été distribués aux patients, n'ont pas été récupérés ou ont été mal remplis. Ceci est dû en partie à la multitude des intervenants aux urgences la nuit, notamment aux internes qui n'étaient pas postés de façon permanente aux urgences, aux externes qui changeaient quasiment tous les jours et au brassage du personnel médical et paramédical important dans un service fonctionnant en vacations le jour et en garde la nuit.

Pour terminer, aucun questionnaire validé n'a été utilisé pour construire celui de notre travail (comme EPICES pour évaluer la précarité, FACE pour la consommation d'alcool et ADOSPA pour l'usage nocif de SPA chez les adolescents). Nous n'avons pas consulté d'addictologue ou d'usagers pour contribuer à l'élaboration de notre questionnaire. Nous n'avons pas effectué non plus de phase test, qui aurait pu nous être utile pour évaluer la lisibilité du questionnaire et la faisabilité de notre étude. De ce fait, certains items de notre questionnaire ont pu être mal compris, et mal remplis par certains patients.

3. Principales données de l'étude

3.1. La prévalence

Notre étude a mis en évidence que 34,6% des patients ayant consulté aux urgences durant notre période de recrutement avaient consommé des substances psychoactives (hors tabac et alcool) dans l'année écoulée. Cette consommation pouvait être occasionnelle ou bien régulière.

Peu d'études françaises menées dans des services d'urgences permettent de comparer ce résultat. La plupart des études étant menées dans des centres

spécialisés, ou bien sur une population consommant des SPA, et non pas sur la population générale. Ce manque de documentation est d'ailleurs souligné par un article publié à propos des cas d'abus de substances dans les services d'urgences en Europe. Cet article relate les données concernant la consultation aux urgences liées aux NPS ou aux drogues classiques en Europe, et un seul centre français a été inclus (35).

D'autre part, ce chiffre reflète l'ensemble des SPA. Il nécessite d'être complété et interprété avec les consommations ciblées des SPA.

En 2011, aux Etats-Unis, le DAWN (Drug abuse warning network) recensait près de 5,1 millions de consultations aux urgences en rapport avec la consommation de substances, dont un quart concernait des substances illégales. Le nombre total de consultations aux urgences n'était pas communiqué (36).

En Suisse, dans un des services d'urgences valaisans, une étude montre une augmentation des demandes de dépistage des drogues par tests urinaires de 71% (de 276 à 473 demandes) entre 2007 et 2011 alors que le nombre de consultations totales n'a augmenté que de 8%. Le pourcentage de positivité des tests reste néanmoins stable. Mais cela peut suggérer que la proportion de consommateurs de SPA aux urgences pourrait être plus importante qu'antérieurement, et que le dépistage par tests urinaires est insuffisant pour détecter certaines drogues et une consommation remontant à plus d'une semaine (37).

3.2. La population étudiée

3.2.1. L'âge

La répartition des patients selon les différentes tranches d'âge consultant aux urgences était assez homogène dans notre étude.

En ce qui concerne la limite d'âge à 75 ans, nous nous sommes principalement appuyés sur les données de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, qui étudient les consommations en France jusqu'à l'âge de 75 ans (7).

Dans notre étude, quel que soit le motif de consultation, 46,5% des 18-25 ans, 42,5% des 26-35 ans et 35,2% des 36-50 ans avaient consommé des SPA dans

l'année écoulée. Ces chiffres s'abaissent à 14,3% pour les plus de 51 ans. Nos chiffres sont un peu plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature. Cependant, nous observons les mêmes tendances : il existe une plus grande consommation chez les jeunes, qui diminue de façon marquée après 50 ans (38) (39).

Aux Etats-Unis, un institut de veille sanitaire sur les visites aux urgences (Drug Abuse Warning Network [DAWN]) a mis en évidence que la tranche d'âge 18-34 ans présentait le plus fort taux de consultation aux urgences liées aux SPA (40).

En France l'OFDT retrouve les mêmes résultats où la consommation de drogues illicites concerne majoritairement les 18-34 ans (38).

Une étude française menée à Toulouse retrouvait que les visites aux urgences liées à la consommation de substances illégales étaient plus importantes pour la tranche d'âge 25-29 ans (4).

Néanmoins, la proportion de consommateurs chez les 36-50 ans n'est pas négligeable dans notre travail. Ce résultat n'est pas souligné dans les études précédemment citées. Mais ces études concernent les patients dont le motif de consultation est lié à la consommation de SPA. Ce qui ne les rend pas tout à fait comparables avec notre étude.

3.2.2. Le sexe

Dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence de différences significatives entre les hommes et les femmes concernant la consommation de SPA, ce qui va à l'encontre des données de l'OFDT où pour les produits illicites, les hommes se révèlent plus expérimentateurs que les femmes (38), et celles de Le Querrec (4) où les consultations aux urgences en lien avec la consommation de SPA étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (sex ratio 2/3).

Cependant il existe un biais de comparaison avec ces études. Ces travaux parlent d'une part de l'expérimentation de SPA, et d'autre part du nombre de consultations en lien avec l'usage de substances, ce qui crée un biais de comparaison puisque nous nous intéressons à la consommation (expérimentale, occasionnelle ou régulière) de SPA dans l'année précédant la consultation aux urgences (tous motifs de consultations confondus).

En revanche, nos résultats sont en accord avec Beaudoin (41), qui souligne que durant les trois mois précédant la consultation aux urgences, la fréquence d'usage était similaire entre les deux sexes pour le tabac et les différentes drogues, sauf pour l'alcool où les hommes déclaraient en consommer davantage que les femmes.

3.3. Les données socio-économiques

Dans notre étude, 42,9% des personnes ayant consommé des SPA dans l'année précédant la consultation aux urgences vivaient en couple. Ce chiffre n'est pas très éloigné de celui de l'étude OPEMA n°4 de 2012 (enquête annuelle nationale ambulatoire améliorant la connaissance des sujets abuseurs, pharmacodépendants ou sous traitement de substitution consultant en cabinet de médecine générale), où 38% des patients inclus étaient en couple (42). Cette notion n'était pas mentionnée dans les études OPEMA ultérieures, c'est pourquoi notre comparaison est effectuée avec les données de 2012 et non pas les données plus récentes.

Dans notre travail, 30,8% des patients consommateurs avaient des enfants à charge. Ce chiffre est de 36% pour les patients de l'étude OPEMA n°7 de 2015, donc légèrement plus élevé (43). Ceci est probablement lié à l'âge moyen de la consultation, qui est un peu plus important en ambulatoire que dans le service d'urgences, avec une population ayant en conséquence un statut familial établi, avec des enfants à charge.

Concernant le niveau d'étude, peu de patients avaient un niveau équivalent au primaire (4,9% de la population générale, et seulement 1,1% des sujets consommateurs). L'étude OPEMA n°7, quant à elle, retrouvait 16% de patients ayant un niveau équivalent au primaire (43). 45,2% de nos sujets consommateurs avaient un niveau équivalent au secondaire, et 53,7% avaient un niveau équivalent au supérieur. 67% des patients de l'étude OPEMA n°7 avaient un niveau équivalent au secondaire. Le niveau d'études supérieures n'était pas évalué. Ces différences peuvent être liées au lieu de recrutement des patients. En effet, les urgences de l'hôpital Pellegrin sont situées en zone urbaine, en plein centre ville de Bordeaux, à proximité des facultés, ce qui suggère une population en formation, active, ou ayant

des emplois nécessitant des qualifications. La population de l'étude OPEMA étant nationale, multicentrique et ambulatoire suggère que les patients étaient issus à la fois de zones rurales, semi rurales et urbaines, avec potentiellement moins d'exigence de qualifications que la nôtre.

Concernant les femmes enceintes, seulement 7 ont consulté aux urgences durant la période de recrutement (sur 229 femmes recrutées au total). Ce qui est intéressant à noter, c'est que sur les 7 femmes enceintes, 3 d'entre elles déclaraient avoir consommé des SPA dans l'année écoulée, soit 42,9%. Ce chiffre est élevé. Il est à interpréter avec précaution devant le faible effectif, et devant le fait que les femmes pouvaient n'être enceintes que depuis 2 semaines seulement. Lors de leur dernière consommation, ces femmes n'étaient donc pas encore enceintes. Néanmoins, plusieurs travaux suggèrent que la consommation de SPA chez la femme enceinte est sous-évaluée, du fait d'un problème de méthodologie (consommation déclarée, hétéro-questionnaires...) et d'une extrapolation de résultats (données issues de la population globale en France, données recueillies par enquêtes de périnatalité nationales, données issues d'études internationales) (44) (45) (46) (47).

Pour Lamy (44)(47), on estime en France que 20 à 30% des femmes enceintes fument du tabac, au moins 15% consomment de l'alcool, 3 à 10% consomment du cannabis et 0,5 à 3% consomment de la cocaïne en 2010. Ces chiffres sont similaires pour Dumas (45) : 24% de tabagiques, 12 à 63% d'usage d'alcool, 1 à 3% d'usage de cannabis. Pour Chassevent-Pajot (46), ces chiffres sont plus élevés mais il s'agissait des consommations en début de grossesse.

Cela suggère qu'il est nécessaire d'améliorer le repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes, à la fois au début de la grossesse, mais aussi tout au long de la grossesse car les chiffres sont probablement sous-évalués. Ces femmes correspondent à des grossesses à très haut risque. Il s'agit d'une morbi-mortalité materno-fœtale évitable. Des études associant questionnaire et dosages biologiques à différents moments de la grossesse permettraient d'obtenir une idée plus précise de la prévalence de la consommation de SPA. La faisabilité de ces études nécessiterait une logistique importante, mais elles permettraient une meilleure prise en charge médico-psychosociale de la mère et l'enfant.

Cela pourrait donc être intéressant de refaire ce même type de travail au niveau d'une maternité ou de centres d'urgences gynécologiques.

Concernant la profession, 67,6% des patients consommateurs de notre étude déclaraient avoir une activité professionnelle, et 32,4% n'en avaient pas. On peut imaginer que parmi ceux qui déclaraient ne pas avoir d'activité, il y avait à la fois les retraités, les chômeurs, les patients en invalidité etc. L'étude OPEMA n°7 (43) retrouve 26% de chômeurs et 6% de retraités, ce qui correspond au pourcentage de personnes n'ayant pas d'activité professionnelle de notre étude. OPEMA met en évidence que 51% de ses patients possèdent une activité rémunérée. Comme décrit ci-dessus pour le niveau d'étude, le fait que notre travail soit monocentrique en zone urbaine constitue un biais de comparaison.

D'après les données de l'INSEE de 2016, il existe en effet au niveau de la ville de Bordeaux une augmentation de l'emploi salarié alors que le chômage reste stable (48). La région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes possède un PIB (produit intérieur brut) classé au deuxième rang des 12 régions de provinces, notamment grâce à la branche tertiaire marchand (49).

Concernant le type de logement, 89,6% des patients consommateurs de notre étude déclaraient avoir un logement stable, ce qui correspond aux chiffres retrouvés par l'enquête OPEMA n°7 soit 87% (43) et par une thèse de pharmacie traitant des intoxications aux drogues aux urgences du CHU de Poitiers où 13% des patients étaient sans domicile fixe, 47% vivaient dans un logement en milieu urbain et 40% dans un logement en milieu rural (50).

Concernant les ressources, dans notre étude, 73,6% des consommateurs percevaient des revenus réguliers, et 24,7% recevaient des prestations sociales. Dans l'enquête OPEMA n°7, 43% des patients inclus perçoivent des prestations sociales, ce qui est presque deux fois plus élevé que dans notre étude (43). Une fois de plus, cette comparaison est biaisée par le fait que notre étude est monocentrique, réalisée dans une ville comme Bordeaux, où il existe moins de situations de précarité que dans d'autres villes.

Concernant la consommation d'alcool, celle-ci était plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Deux tiers de la population de notre étude a déclaré

consommer de l'alcool, occasionnellement ou quotidiennement. La consommation chez les jeunes était le plus souvent ponctuelle avec plus de 4 verres par occasion (environ 2/3 des jeunes de 18 à 25 ans consommant de l'alcool dans notre étude). Chez les personnes de 51 ans ou plus, la consommation journalière est plus importante que chez les plus jeunes (14,5% des plus de 51 ans consommaient plus de 3 verres par jour). Les données sont difficilement comparables car notre étude n'était pas centrée sur la consommation d'alcool, et les notions de fréquence, de quantité et d'effets observés n'ont pas ou peu été prises en compte. Les tendances observées sont globalement les mêmes que celles du Baromètre santé 2014 de l'INPES (51) : 67% des 25-34 ans ont connu une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année, 37% tous les mois. La consommation quotidienne d'alcool est plus élevée avec l'avancée en âge : elle est rare avant 25 ans et elle concerne un quart des individus au-delà de 65 ans. Ceci va donc dans le sens notre travail.

Concernant le tabac, 43,2% de nos patients étaient tabagiques, avec une majorité d'hommes. La prévalence de la consommation de tabac est un peu plus élevée dans notre étude, pour les deux sexes, en comparaison avec le chiffre de l'OFDT où la proportion de fumeurs quotidiens était de 30% dans la population générale en 2010 (52). La prévalence plus élevée des consommateurs de SPA dont le tabac et l'alcool est classique à l'hôpital car ces populations sont plus souvent malades que les non consommateurs.

Dans certaines données de la littérature, il est observé que la femme avait tendance à « masculiniser » ses pratiques. Concernant le tabac et l'alcool, les consommations restent toujours plus élevées chez les hommes que chez les femmes, mais l'écart avait tendance à diminuer depuis plusieurs années. Nous n'avons pas pu observer ce phénomène à cause de la courte durée de recrutement de notre travail, et parce que cela ne correspondait pas réellement à notre sujet.

Les taux de consommation chez les hommes sont légèrement à la baisse pour le tabac et restent stables pour l'alcool, alors qu'ils augmentent chez les femmes et notamment les femmes jeunes (52) (53). Essayer de trouver des facteurs explicatifs à cette tendance pourrait faire l'objet d'une autre étude.

3.4. La consommation des différentes SPA

Dans notre travail, 43,6% des personnes incluses ont déclaré avoir consommé des substances psychoactives légales ou illégales (hors tabac et alcool), au cours de leur vie. Ce chiffre est plus élevé que celui du Rapport Européen sur les drogues où près d'un quart soit 80 millions de personnes auraient consommé une substance illicite au cours de leur vie (39). Mais les consommations entre les différents pays européens sont très variables. L'OFDT, quant à elle, mentionne que l'expérimentation du cannabis, par exemple, concerne 42% des patients âgés de 18 à 65 ans, ce qui se rapproche de notre chiffre (7).

Dans notre étude, comme dans la majorité des autres données de la littérature, la substance psychoactive illégale la plus consommée chez les patients était le cannabis. La consommation la plus forte était retrouvée chez les 18-25 ans avec un pourcentage de consommation de 42,2%. Ces pourcentages restaient tout de même assez élevés chez les 26-35 ans et les 36-50 ans.

En Europe, le Rapport Européen sur les drogues de 2014 met en évidence que 5,3% des adultes de 15 à 64 ans ont consommé du cannabis au cours de l'année. 11,2% des jeunes adultes de 15-34 ans en ont consommé au cours de l'année écoulée. Pour cette dernière tranche d'âge, en France, ce chiffre est de 17,5% (39).

En 2014, les données du Baromètre santé 2014 de l'INPES exploitées par l'OFDT montrent qu'en France, dans la population générale, l'usage au cours de l'année concernait 28% des 18-25 ans, 16,5% des 26-34 ans et 12,5% des 35-54 ans. L'usage actuel est à la hausse (38).

Les chiffres un peu plus élevés de notre étude peuvent s'expliquer par plusieurs phénomènes : d'une part, la plupart des patients recrutés aux urgences de Pellegrin vivent en zone urbaine, là où il existe la plus forte consommation de SPA en comparaison avec les zones rurales (54) et où la disponibilité des produits est plus importante (55). D'autre part, un travail de thèse a étudié la consommation de SPA sur les 12 mois de l'année de patients consultant aux urgences, et elle semblait plus élevée au moment du printemps (avec un pic au mois d'avril) et aux mois de novembre et décembre, avec un creux de consommation au moment de l'été (50).

Notre recrutement a lieu au mois d'avril 2016. Enfin, les chiffres communiqués sont ceux de 2014, et les dernières estimations de consommation avaient tendance à montrer une hausse globale de la vente et de la consommation de cannabis en France et en Europe (7) (38) (39). A ce jour, la consommation a donc probablement augmenté par rapport aux données des dernières publications.

La deuxième substance illégale la plus consommée dans notre étude après le cannabis est la cocaïne, ce qui correspond aux connaissances actuelles. En effet, 6,2% de nos patients ont déclaré consommer de la cocaïne au cours de l'année écoulée. Un peu plus d'un quart d'entre eux en avait consommé moins d'une semaine avant leur consultation aux urgences. Les chiffres retrouvés dans notre étude sont là encore plus élevés que ceux retrouvés dans certaines publications.

En France, 1,9% des 15-34 ans ont consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois contre 1,7% en Europe (39).

Selon les données de l'OFDT, 5,6% des personnes âgées de 18 à 64 ans ont expérimenté la cocaïne et 1,1% en ont consommé dans l'année écoulée. L'usage dans l'année concerne 3,1% des 18-25 ans et 2,2% des 26-34 ans (7) (38).

Les facteurs pouvant expliquer ces chiffres un peu plus élevés de notre étude sont certainement les mêmes que ceux décrits pour le cannabis, à savoir : la période de recrutement, le caractère monocentrique et urbain de l'étude, et l'absence de données épidémiologiques très récentes sur la période actuelle (année 2016). D'autre part, les patients usagers de SPA ont davantage recours aux soins que les patients non consommateurs et sont donc plus sujets à consulter aux urgences.

La MDMA est la troisième SPA illicite la plus consommée dans notre travail. Chez les 18-25 ans, sa consommation arrive à égalité avec la cocaïne (8,9% des 18-25 ans).

La consommation de cette substance tend à augmenter depuis 2010, puisque selon l'OFDT, la consommation dans l'année concernait 0,9% des 18-64 ans en 2014 contre 0,3% en 2010 (7). Pour les 18-25 ans, ce taux était de 3,8% (38). Il semble exister un engouement pour cette substance et particulièrement chez les moins de 25 ans qui fréquentent l'espace festif (présentation et coût attractifs, effet prolongé...) (31).

Concernant le poppers et les champignons hallucinogènes, leurs consommations étaient équivalentes dans notre étude soit 4,2% de l'ensemble de la population générale.

Selon l'OFDT, 7,3% des personnes âgées entre 18 et 64 ans ont consommé du poppers au cours de leur vie et 0,9% dans l'année, la majorité des consommateurs étant située entre 18 et 34 ans. Ce pourcentage représente le double de celui de 2005 (56).

Pour les champignons hallucinogènes, la consommation au cours de la vie chez les 18-64 ans est de 4,8%, et les expérimentateurs dans l'année représentent 0,3% de la population (56).

Nos chiffres semblent davantage se rapprocher de ceux qui correspondent à l'expérimentation de ces substances, plutôt qu'à ceux qui correspondent à la consommation durant l'année écoulée. Il est possible que la plupart des patients aient expérimenté ces substances dans l'année passée. Il est possible aussi que certains patients aient mal rempli le questionnaire.

Concernant la consommation d'amphétamines, 3,0% de nos patients ont déclaré en avoir consommé. Même si la consommation est plus faible que pour les autres substances illicites, ce chiffre est élevé, et l'est davantage que ceux mentionnés par l'OFDT où seulement 0,3% déclarent avoir consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée, alors que le niveau d'expérimentation est de 2,3% (56). Là encore, on peut se demander si la compréhension du questionnaire a été correcte et si les patients ont réellement compris qu'il fallait mentionner les drogues consommées dans l'année écoulée uniquement.

Concernant les NPS ou « RC », nous avons souhaité étudier les cathinones et les cannabinoïdes de synthèse car ces deux classes constituent la plus grande partie des NPS diffusées et consommées en France en 2014 (31). Les substances classées dans « autres » au sein du questionnaire pouvaient correspondre à ces NPS, ou bien à des médicaments à usage détourné.

Dans notre étude, 1,5% des patients déclaraient avoir consommé des cathinones ou cannabinoïdes de synthèse, et 1,7% des patients ont déclaré consommer des substances « autres » que toutes celles proposées dans le questionnaire.

Devant le caractère très récent, encore mal connu et mal quantifiable de la consommation de ces nouvelles substances, (19) il est difficile de pouvoir comparer nos chiffres.

Néanmoins, l'OFDT retrouve certains chiffres pouvant correspondre aux nôtres, même si cela ne concerne que la consommation de cannabinoïdes de synthèse. En 2014, 1,7% des 18-75 ans et jusqu'à 4% des 18-34 ans ont expérimenté les cannabinoïdes de synthèse. Vraisemblablement, cela représente 17% des usagers actuels de cannabis (38) (31).

Dans notre travail, sur les 8 consommateurs de cathinones et/ou cannabinoïdes de synthèse, trois personnes s'en étaient procuré sur internet, qui est le moyen de vente principal de ces substances. Ceci confirme l'émergence d'un nouveau « cybermarché ».

Dans notre étude, concernant la consommation de médicaments à usage détourné, la totalité des antidépresseurs et des benzodiazépines était obtenue par prescription médicale ce qui sous-entend un usage « justifié ». Cependant, cela reste à démontrer car certains usages détournés sont également prescrits.

En revanche, en ce qui concerne le moyen d'obtention de la morphine, on observe que parmi les 15 patients consommateurs de notre travail, 4 personnes ne détenaient pas de prescription médicale. Ce qui sous-entend un usage détourné de cette substance. En revanche, les consommations de buprénorphine et de méthadone étaient extrêmement faibles dans notre étude, ce qui ne permet pas de rendre ces résultats interprétables ou de savoir s'il existe un usage non thérapeutique de ces deux dernières substances.

Le processus d'usage détourné d'opiacés a été accentué par la pénurie d'héroïne en 2011, notamment dans le sud de la France (Bordeaux, Marseille, Toulouse), où sa raréfaction a été compensée par une hausse des détournements d'opiacés, ce qui pourrait expliquer notre résultat (31).

Dans notre étude, le pourcentage de consommation de colles et des solvants est faible et correspond aux données du Baromètre santé de l'INPES exploitées par l'OFDT. Il en est de même pour l'héroïne où le pourcentage retrouvé dans notre

étude est le même que celui de l'OFDT (0,2% d'usage dans l'année écoulée chez les 18-64 ans) (38).

Parmi les hallucinogènes synthétiques, le LSD était le plus consommé avec 3,0% de la population générale de notre étude. En 2014, l'OFDT objective 0,3% de la population âgée de 18 à 65 ans ayant consommé du LSD dans l'année écoulée et 1,0% des 18-25 ans (38).

En ce qui concerne l'expérimentation du GHB et du GBL, celle-ci est encore plus rare. Les effectifs retrouvés dans notre étude sont très faibles et sont en accord avec les données de la littérature. Selon les sources d'informations disponibles, cet usage, très faible dans la population française, ne touche quasiment pas les adolescents, les premières utilisations de GHB concernant plutôt les jeunes adultes (autour de 20 ans). La majorité de ces usagers ont déjà consommé d'autres drogues auparavant et consomment de manière concomitante du cannabis, de l'alcool et des psychostimulants (cocaïne, ecstasy...). L'expérimentation du GHB/GBL reste donc rare en France. Elle ne concerne que 0,3% des 15-30 ans en 2010 (50) (57).

Dans notre travail, nous n'avons pas étudié la polyconsommation, et nous nous sommes attachés à étudier la consommation de chaque drogue de façon isolée. Nous avons néanmoins souligné qu'il n'existait que des associations positives entre les différentes SPA. Il n'a pas été retrouvé d'associations négatives. Pour certaines substances, comme pour les cathinones par exemple, il n'a pas été mis en évidence d'association significative avec la morphine, le poppers ou les substances « autres ». Globalement, cela signifie qu'une personne consommant un type de SPA illicite peut potentiellement être amenée à en consommer un autre.

3.5. Le marché sur internet

Concernant le marché sur internet, nous avons recensé dans notre étude : 2 achats d'amphétamines, 3 achats de cathinones et/ou cannabinoïdes de synthèse, 6 achats de champignons hallucinogènes, 1 achat de GHB, 2 achats de MDMA, et 3 achats de substances « autres », soit 17 achats au total. Mais cela ne veut pas nécessairement dire que 17 patients ont acheté sur internet, étant donné le caractère

potentiel de la polyconsommation. Nous ne disposons pas des moyens pour en tirer une analyse statistique fiable.

Etudier le marché des SPA sur internet reste difficile. Pourtant, il s'agit d'un marché en plein essor exerçant une influence grandissante sur les modalités de vente des drogues et notamment des NPS. Il pose problème pour ce qui est de mettre un frein à l'offre des substances classiques et nouvelles. La démarche marketing des trafiquants sur Internet cible un public beaucoup plus large que les usagers de drogues illicites (39) (58).

3.6. Lien entre la consommation de SPA et la consultation aux urgences

La recherche d'un lien entre la consultation aux urgences et la consommation de SPA n'a pu être faite que sur un mode déclaratif, où le patient devait répondre à une question binaire par oui ou par non. Lorsqu'il répondait oui, l'alcool était incriminé dans la majorité des cas, le cannabis parfois, et un patient avait répondu la 3-MMC (3-MethylMethCathinone), mais la plupart des substances incriminées n'étaient pas mentionnées, ce qui ne nous a pas permis d'analyser cette notion.

Dans notre travail, 9,7% de l'ensemble des patients ayant consulté aux urgences ont répondu « oui » à la question : « Pensez-vous que votre consultation actuelle aux urgences a un lien (direct ou indirect) avec la consommation de SPA ? ». Cette question suggérait donc la consommation de toutes SPA confondues (alcool, tabac, SPA licites ou non et certains médicaments). Ce qui représente un patient sur dix. Mais la réponse à cette question est strictement subjective. Il est donc difficile d'interpréter ce résultat.

Pour mettre en évidence un lien entre les symptômes présentés par le patient et la consommation de SPA, nous aurions pu procéder différemment.

Aux urgences du CHU de Pellegrin, les données informatiques concernant les patients sont utilisées à l'aide du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permettant ainsi de reporter le diagnostic et les pathologies

associées pour chaque patient. En effectuant une étude rétrospective et en reprenant les PMSI correspondant à un abus, à un mésusage ou à une dépendance de SPA, nous aurions pu mettre en évidence un lien éventuel entre la consommation de SPA et les symptômes décrits et observés. Mais cela suggère également que l'anonymat des patients soit levé, ou bien cela exige leur autorisation, ou nécessite la mise en place d'un autre système permettant de retrouver les données en préservant l'anonymat. Une étude française menée en 2008 a montré l'intérêt de l'utilisation du PMSI à un niveau local afin d'identifier les cas d'abus et de dépendance et leurs conséquences en termes de symptômes. Cette étude suggère que cela pourrait être une piste intéressante pour étudier l'imputabilité de la consommation de SPA à la consultation aux urgences (59). Cependant ce genre d'étude ne prendrait pas en compte la population générale, mais uniquement les consommateurs de SPA.

En effet, la plupart des études françaises, européennes, ou internationales menées sur la consommation de SPA dans un service d'urgences recrutait des patients dont un des critères d'inclusion était la consommation de toxiques. En France, ces études sont réalisées à l'aide de la base de données du PMSI contenant les informations administratives d'une part et les informations cliniques d'autre part selon le codage de la classification internationale ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision). Pour Le Querrec (4) , les codes F11, F12, F14, F16, F19 étaient utilisés, correspondant respectivement aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opioïdes, de cannabis ou dérivés, de cocaïne, d'hallucinogènes, ou d'un usage multiple de drogues et d'autres SPA. Pour Diot (3) , le codage utilisé était globalement le même. Pour Gaillardon (50), ce sont les codages T40.0 à T40.9 qui ont été privilégiés correspondant aux intoxications par narcotiques et psychodysléptiques. Pour Daveluy (59), 123 codes ICD-10 étaient sélectionnés pouvant correspondre à un abus ou une dépendance vis-à-vis d'une substance comprenant les codes précédemment cités.

En conséquence, avec cet outil et de meilleurs moyens logistiques, nous aurions pu mettre en évidence plus facilement un lien entre consommation de SPA et consultation aux urgences. Mais ce n'était pas l'objectif principal de notre travail.

En ce qui concerne les symptômes décrits par le patient, les réponses étaient multiples, absentes ou trop vagues. Le même phénomène a été observé pour le diagnostic final.

Là encore, l'accès au dossier informatisé du patient aurait pu nous aider, mais cela aurait levé l'anonymat. De plus, à l'issue d'une consultation aux urgences, le diagnostic précis n'est pas toujours posé et nécessite des investigations supplémentaires dans des services spécialisés. D'autre part, nous aurions pu classer les différents symptômes (traumatologie, neurologie, affections cutanées, digestif etc...) afin de rendre l'interprétation des données plus facile.

4. Synthèse

Entre le 8 avril 2016 et le 17 avril 2016, le patient consommateur de SPA admis aux urgences du CHU de Bordeaux-site Pellegrin était un homme ou une femme âgé(e) de 18 à 35 ans, dont le niveau d'études était au minimum le secondaire, ayant un logement stable. Ses ressources étaient des revenus réguliers avec ou sans aides sociales. En général, le patient avait des co-addictions telles que le tabac et/ou l'alcool. Les SPA étaient obtenues par deal ou par don dans la plupart des cas.

Le niveau de consommation de SPA était globalement plus élevé pour toutes les substances étudiées par rapport aux données de la littérature.

Ceci est explicable par le caractère monocentrique de notre étude et par le fait que Bordeaux est une zone urbaine, avec un niveau de consommation et de trafic de SPA plus élevé que dans d'autres zones de France.

Nous pouvons également souligner que l'explication donnée à quasiment tous les patients inclus dans l'étude de l'intérêt de remplir cet auto-questionnaire anonyme et strictement confidentiel a pu faciliter la déclaration de consommation de SPA.

Nous n'avons pas comparé le taux de consommateurs de notre étude avec le taux de consommateurs retrouvés dans les dossiers médicaux. Il semble que le chiffre de notre étude est plus élevé. Cela signifie que nous devrions demander plus

systématiquement s'ils consomment des SPA (et ce, quel que soit l'âge), en leur expliquant à chaque fois que le dossier médical est strictement confidentiel.

Notre étude prospective portant sur 529 dossiers recensés aux urgences sur une période de 10 jours permet d'apporter un éclairage particulier sur la prévalence des consommateurs de SPA qui ont consulté aux urgences de l'hôpital Pellegrin et sur leurs données socio-économiques. Le grand nombre de patients recrutés nous a permis de mener des analyses statistiques fiables.

Il n'a pas été possible de mettre en évidence un lien statistiquement fiable entre la consommation de SPA et le motif de consultation aux urgences. Cela correspondait à un de nos objectifs secondaires.

La prévalence de la consommation de SPA aux urgences, toutes drogues confondues est plus importante qu'au niveau national. Cela confirme que le service des urgences constitue une source intéressante d'étude de cas d'abus et de toxicité des SPA.

Il faut donc garder en permanence à l'esprit qu'un grand nombre de patients consultant aux urgences de Pellegrin sont potentiellement consommateurs de SPA, et que cette notion pourrait modifier leur prise en charge globale.

Cela souligne la nécessité d'une formation des médecins et du personnel paramédical des urgences à l'addictologie.

Quelle que soit l'importance de la consommation de SPA d'un patient, il ne faut pas attendre que ce soit lui qui en parle le premier. Poser la question, au même titre qu'interroger le patient sur ses éventuelles allergies, revient à ouvrir le dialogue. Cela rappelle que l'interrogatoire du patient a un rôle majeur, tant pour sa prise en charge que pour la relation établie avec lui.

Les problèmes liés à l'usage de SPA ne se devinent pas. Lorsqu'on les détecte aux urgences, cela signifie que les complications liées à l'addiction sont déjà installées.

Il convient alors d'aider ce patient à sortir de sa marginalité et de l'intégrer plus précocement dans le système de soins et les structures dédiées.

La prise en charge précoce des consommateurs est possible. Notre enquête est reproductible. La réalisation d'études complémentaires plus ciblées et sur une durée plus longue est nécessaire afin de compléter les connaissances sur ce sujet.

En effet, nous avons pointé certains manques de données concernant l'usage des SPA :

- chez les femmes enceintes
- chez les patients issus d'un milieu rural ou urbain
- sur le marché internet et les nouveaux produits de synthèse
- sur les facteurs explicatifs de l'augmentation de la consommation chez les femmes
- sur le motif de consultation aux urgences chez les toxicomanes avec des dosages biologiques à l'appui (idéalement dans les urines, le sang et les cheveux).

CONCLUSION

Notre étude prospective est originale puisque c'est le premier travail mené aux urgences du CHU de Bordeaux sur la prévalence et l'étude épidémiologique de la consommation de SPA dans ce service.

Peu d'études sur le sujet ont été publiées en France.

Nos résultats montrent que la prévalence de la consommation de SPA datant de moins d'un an aux urgences de Pellegrin durant 10 jours au mois d'avril 2016 était de 34,6% (hors tabac et alcool), tous types de consommation confondus (expérimental, occasionnel ou régulier).

Les consommations de SPA illicites les plus importantes concernaient le cannabis, suivi de la cocaïne, de la MDMA, des champignons hallucinogènes, du poppers et des amphétamines.

La consommation de NPS et le nombre d'obtention de SPA sur internet étaient faibles, et nécessitent d'être étudiés par d'autres travaux.

Les facteurs socio-économiques étudiés ayant un lien positif avec la consommation de SPA sont l'âge jeune, des ressources économiques comprenant des aides sociales, et une co-addiction avec le tabac et/ou l'alcool.

L'imputabilité entre la consommation de SPA et le motif de consultation aux urgences n'a pas pu être prouvée et doit faire l'objet d'une étude dédiée.

Des pistes de recherches intéressantes ont été objectivées en ce qui concerne la consommation de SPA chez les femmes en général et en service de maternité, et sur les différences de consommation entre milieux urbains et milieux ruraux.

Après avoir montré qu'une grande proportion de patients consultant aux urgences était consommatrice de SPA, l'objectif serait de cibler ces patients pour améliorer leur prise en charge globale et les orienter vers des structures adaptées ; les urgences étant un lieu privilégié d'accès aux soins pour les malades.

Table des annexes

Annexe 1 : Lettre de présentation du projet au patient, accompagnant le questionnaire

Annexe 2 : Questionnaire remis aux patients pour l'étude

ANNEXE 1 : Lettre de présentation du projet aux patients, accompagnant le questionnaire

Lettre de présentation du projet aux patients
--

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis dans le service d'Urgences Adultes du CHU de Bordeaux – site Pellegrin.

Actuellement, une étude est menée en vue d'élaborer une thèse de Médecine Générale, visant à **étudier la prévalence de la consommation des substances psychoactives chez les patients consultant aux urgences**. C'est pourquoi, si vous acceptez de le remplir, nous vous remettons ce questionnaire.

Les données recueillies sont strictement **anonymes**. **Aucune donnée nominative** n'est enregistrée dans le cadre de cette étude et le contenu de ce questionnaire est **confidentiel**.

Votre participation doit être volontaire. Vous êtes **libre de refuser de participer** à cette étude.

L'équipe médicale est disponible si vous avez des questions.

Néanmoins, nous espérons que vous accepterez de participer à cette étude anonyme.

Cordialement.

Laura BUSCAGLIA, interne de Médecine Générale

Sous la direction du Docteur Caroline DE LA RIVIERE

ANNEXE 2 : Questionnaire remis aux patients pour l'étude

DONNEES SOCIO – ECONOMIQUES

Age : __ ans	Grossesse en cours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Activité professionnelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Vit en couple : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Logement stable : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Enfant(s) à charge : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Ressources :
Niveau d'étude :	<input type="checkbox"/> Grande précarité
<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Collège/CAP/BEP	<input type="checkbox"/> Précarité avec prestation(s) sociale(s)
<input type="checkbox"/> Lycée / BAC <input type="checkbox"/> Supérieur	<input type="checkbox"/> Revenus réguliers

TABAC ET ALCOOL

Consommation d'alcool		Consommation de tabac	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui :</i>		<i>Si oui :</i>	
< ou = 3 verres par jour	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	< 10 cigarettes par jour	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
> 3 verres par jour	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	> 10 cigarettes par jour	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Occasionnellement, < 4 verres/occasion	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Occasionnellement, > 4 verres/occasion	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

VISION DE SOI

En dehors de toute consommation de substance psychoactive, quelle vision avez-vous de vous-même, en général ?

- Bonne : vous vous sentez bien dans votre peau
- Correcte : vous vous sentez bien dans votre peau la plupart du temps
- Moyenne : vous avez du mal à vous sentir bien
- Mauvaise : vous vous sentez « nul »

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (substance psychoactives = médicaments, substances licites ou illicites sauf tabac et alcool)

Avez-vous déjà consommé une ou des substance(s) psychoactive(s) **au cours de votre vie** ?

- Oui
- Non

Effet recherché lors de la consommation de substances psychoactives :

- positif, stimulant
- sédatif, tranquillisant
- Hallucinogène
- autre
- non concerné(e)

Circonstances de consommation :

- seul
- en groupe
- les deux
- non concerné(e)

Complétez le tableau suivant en ce qui concerne votre consommation de substances psychoactives ***dans l'année écoulée*** :

Substance consommée	oui	non	Mode de consommation (1)	Fréquence de consommation (2)	Mode d'obtention (3)	Date de la dernière consommation (4)
Amphétamines						
Antidépresseurs						
Barbituriques						
Benzodiazépines						
Buprénorphine						
Cannabis						
Cathinones / Cannabinoïdes de synthèse						
Champignons						
Cocaïne/Crack						
Colles et Solvants						
GHB / GBL						
Héroïne						
LSD						
MDMA						
Méthadone						
Morphine						
Poppers						
Autres						

(1)	Mode de consommation	(2)	Fréquence de consommation	(3)	Mode d'obtention	(4)	Date de la dernière consommation
1	injecté	A	1 x par an	1	vente libre	A	< 1 an
2	fumé / inhalé	B	1 x par mois	2	prescription médicale	B	< 6 mois
3	mangé / bu	C	1 x par semaine	3	fausse ordonnance	C	< 2 mois
4	sniffé	D	2 à 6 x par semaine	4	deal	D	< 1 mois
5	parachute	E	chaque jour	5	donné	E	< 1 semaine
6	autre	F	autre	6	internet	F	< 24 heures
				7	autre		

CONSULTATION AUX URGENCES

- 1) Quel est le motif de votre consultation aux urgences ?
- 2) Avez-vous déjà consulté dans un service d'urgences ? oui non
- 3) Quels sont les symptômes, les signes que vous décrivez actuellement ?
- 4) Pensez-vous que votre consultation actuelle aux urgences a un lien (direct ou indirect) avec la consommation de substances psychoactives ? oui non

Si oui, quelle substance ?

- 5) Commentaires :

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRENANT EN CHARGE LE PATIENT

Diagnostic final :

BIBLIOGRAPHIE :

1. Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire. OPEMA n°6. Principaux résultats 2014 [Internet]. Marseille: Centre d'Addictovigilance associé PACA Corse; 2014 déc [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/Resultats_opema_2014.pdf
2. Centre d'Evaluation de l'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance. OPPIDUM. Principaux résultats 2014 [Internet]. Marseille: Centre d'addictovigilance PACA-Corse; 2014 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plq_26_OPPIDUM_VF.pdf
3. Diot C, Eiden C, Lehmann M, Sebbane M, Peyrière H. Identification and collection of abuse cases in the emergency department through a hospital database. Clin Toxicol. 2015 Feb 7;53(2):138-9.
4. Le Querrec F, Bounes V, Mestre ML, Azema O, Longeaux N, Gallart J-C. Sex and age differences in ED patients with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. Am J Emerg Med. 2015 Nov;33(11):1612-6.
5. Liakoni E, Dolder P, Rentsch K, Liechti M. Acute health problems due to recreational drug use in patients presenting to an urban emergency department in Switzerland. Swiss Med Wkly [Internet]. 28 juill 2015 [cité 24 juill 2016]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2015.14166>
6. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Rapport mondial sur les drogues. Résumé analytique [Internet]. UNODC Research; 2015 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_F.pdf
7. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, Chiffres clés, 6ème édition [Internet]. Saint-Denis : OFDT; 2016 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
8. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2015 sept [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
9. Houde J. Les usages sociaux des drogues chez les jeunes polyconsommateurs au Québec et sa région. [Mémoire de Maîtrise en service social]. Québec, Canada: Université de Laval; 2014.
10. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
11. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et conduites addictives [Internet]. Saint-Maurice: Inpes éditions; 2014 déc [cité 20 juill 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf>

12. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al. Tabac. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier; 2009 [cité 25 juill 2016]. p. 113-62. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000102>
13. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool. Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie. 2015;37(1):5-84.
14. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al. Alcool. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier; 2009 [cité 25 juill 2016]. p. 71-112. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000096>
15. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al. Cannabis. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier; 2009 [cité 25 juill 2016]. p. 163-85. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000114>
16. Denizot J. Des douleurs abdominales et vomissements soulagés par des douches chaudes ? Penser au cannabis. La Lettre d'addictovigilance. avr 2015;(12).
17. Lejoyeux M, Adès J, Aubin H-J, Auriacombe M, Balester-Mouret S, Batel P, et al. Opiacés. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2009 [cité 27 juill 2016]. p. 186-215. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000126>
18. Karila L, Lépine J-P, Coscas S, Beck F, Reynaud M. Cocaïne et autres substances. In: Lejoyeux M. Addictologie [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier; 2009 [cité 27 juill 2016]. p. 216-28. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294703164000138>
19. Karila L. Dossier : nouvelles drogues de synthèse. Rev Prat. mai 2012;62(5):661-81.
20. Joye F, Donzé N, Frochoux V, Niquille M, Selz Amaudruz F. Drogues récréatives : le plaisir des complications ? Rev Med Suisse. 14 août 2013;9(394):1454-60.
21. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Synthèse thématique : nouveaux produits de synthèse [Internet]. OFDT; 2016 [cité 23 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/>
22. Frintz A. Nouvelles drogues de synthèse : vers la fin de la guerre à la drogue ? [Internet]. Radio France Internationale; 2015 [cité 23 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.rfi.fr/hebdo/20150821-drogues-lois-nouveaux-produits-synthese-nps-legislation-union-europeenne-france-nouv>
23. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris : La Documentation française; 2013.
24. Agrawal A, Lynskey MT. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. Addiction. juill 2008;103(7):1069-81.

25. Reynaud M, France, Direction générale de la santé. Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir : rapport au directeur général de la santé. Paris: La Documentation française; 2002.
26. Prinz R, Kerns S. Early Substance Use by Juvenile Offenders. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2003;33(4):263-77.
27. Case S. Indicators of Adolescent Alcohol Use: A Composite Risk Factor Approach. *Subst Use Misuse.* 2007 Jan;42(1):89-111.
28. Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de la santé, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance. Oppidum - Enquête n°26. CEIP - Addictovigilance; 2014.
29. Agence française de sécurité sanitaire pour les produits de la santé. Formulaire de déclaration obligatoire d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou tout autre produit ayant un effet psychoactif mentionné à l'article R.5219-2 du code de la santé publique. AFSSAPS; 2012.
30. Lopez D, Martineau H, Palle C. Mortalité liée aux drogues illicites, étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. OFDT; 2004.
31. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T. Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). *Tendances (OFDT).* déc 2015;(105):1-6.
32. Historique de la consommation des drogues à Bordeaux [Internet]. OFDT / TREND; 2000 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: http://www.ceid-addiction.com/img/telechargements/85_Hist.-Drogues-Bordeaux.pdf
33. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001. Rapports locaux des sites TREND [Internet]. OFDT; 2002 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/bord01.pdf>
34. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* mai 2015;44(5):433-42.
35. Heyerdahl F, Hovda KE, Giraudon I, Yates C, Dines AM, Sedefov R, et al. Current European data collection on emergency department presentations with acute recreational drug toxicity: Gaps and national variations. *Clin Toxicol.* 2014 Dec;52(10):1005-12.
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Highlights of the 2011 Drug Abuse Warning Network (DAWN) findings on drug-related emergency department visits. *The DAWN Report.* Rockville; 2013 Feb p. 1-8.
37. Donzé N, Fornerod L, Chiolero A, Bonvin R, Rossier M, Augsburger M. Toxicology in emergency room in the valais hospital. Boston: Poster at SOFT (American Society of Forensic Toxicology) congres; 2012.

38. Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances (OFDT). mars 2015;(99):1-8.
39. European Union, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Rapport européen sur les drogues 2014 tendances et évolutions. Luxembourg: EUR-OP; 2014. 80 p.
40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Drug Abuse Warning Network : National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits [Internet]. Rockville: U.S. department of health and human services; 2013 [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED.htm>
41. Beaudoin FL, Baird J, Liu T, Merchant RC. Sex Differences in Substance Use Among Adult Emergency Department Patients: Prevalence, Severity, and Need for Intervention. Acad Emerg Med. 2015 Nov;22(11):1307-15.
42. Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire. OPEMA n°4. Principaux résultats 2012 [Internet]. Marseille: Centre d'addictovigilance PACA-Corse; Févr 2012 [cité 30 août 2016]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/brochure_resultats_no4_version_2.pdf
43. Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire. OPEMA n°7. Principaux résultats 2015 [Internet]. Marseille: Centre d'addictovigilance PACA-Corse; Déc 2015 [cité 30 août 2016]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_resultats_opema_2015.pdf
44. Lamy S, Thibaut F. État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. L'Encéphale. févr 2010;36(1):33-8.
45. Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod. nov 2014;43(9):649-56.
46. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H-J, Lombraïl P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. Rev Sage-Femme. nov 2011;10(5):221-9.
47. Lamy S, Delavene H, Thibaut F. Grossesse et consommation de drogues et d'alcool. Mise au point. Rev Prat. mars 2014;64(3):317-20.
48. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableau de bord de la conjoncture. Indicateurs clés de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes [Internet]. INSEE; 2016 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=17®_id=29&page=indicateurs.htm
49. Froté O, Geindre C, Noury D. Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes : un PIB au 2e rang des 12 régions de province [Internet]. INSEE; 2015 [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=23546

50. Gaillardon V. Intoxications aux drogues : enquête aux urgences du centre hospitalier universitaire de Poitiers [Internet] [Thèse d'exercice Pharmacie]. Poitiers : Université de Poitiers; 2014 [cité 13 août 2016]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/79d3c26c-5a41-4f9f-970f-49ad3037695f>
51. Richard J, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions (INPES)*. avr 2015;(32):1-6.
52. Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. *Tendances (OFDT)*. mai 2014;(92):1-6.
53. Dupuy G, Vorspan F, Lépine J-P. Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2009;167(7):498-503.
54. Cardoso A, Venzac M, Maquinghen S. Drogues et dépendances. Quelles différences de consommation entre le milieu urbain et le milieu rural? [Internet]. Clermont-Ferrand: Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne; Nov 2012 [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: http://www.addictions-auvergne.fr/cr2a/sites/default/files/baseDocumentaire/Urbain_Rural_CR2A_0.pdf
55. Gandilhon M, Cadet-Taïrou A. Les usagers de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponses publiques. *Tendances (OFDT)*. nov 2015;(104):1-4.
56. Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. Note de synthèse (OFDT). avr 2015;1-7.
57. Beck F, Richard J. Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010 [Internet]. Saint-Maurice : INPES; 2010 [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Questionnaire-Barometre-Sante-2010.pdf>
58. Lahaie E, Martinez M, Cadet-Taïrou A. Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Tendances (OFDT)*. janv 2013;(84):1-8.
59. Daveluy A, Miremont-Salamé G, Kostrzewa A, Couret A, Lacoïn L, Lecomte C, et al. Identification of abuse and dependence cases through a hospital database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012 Dec;21(12):1344-9.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et les confrères m'apportent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Abstract

Objectives : Worldwide and in France, the use of psychoactive substance (UPS) is a public health problem. Few French surveys were conducted in an emergency department (ED). The aim of this study was to assess the prevalence of SPA use among patients presenting to the ED, their socio-economic data, and to establish a link between UPS and reason for ED admission.

Methods : We conducted a prospective observational study in the ED of university hospital of Bordeaux between April 2016 8th and 17th. All patients aged from 18 to 75 years completed anonymous questionnaires about their SPA consumption.

Results : 529 patients were included in the study. 34.6% of them reported UPS (excluding tobacco and alcohol) during the year before ED visit. Socioeconomic data having associated with UPS were: young age, precariourness and social aids, and consumption of tobacco or alcohol. Most frequently used drugs were: marijuana, cocaine, MDMA, hallucinogenic mushrooms, amphetamines and poppers.

Conclusions : Emergency department is an interesting place for UPS assessment. This study was conducted at a local level. Further studies should be carried out at regional and national level. Our data are a valuable indicator to analyze trends and assess the medical consequences of drug abuse.

Title in English

Assessment of the prevalence of substance use among adults consulting in an emergency department at the University Hospital of Bordeaux

Key-words

Psychoactive substances use, Emergency department, Prevalence, Epidemiology

Résumé

Objectif : La consommation de substances psychoactives (SPA) est un problème de santé publique dans le monde et en France. Peu d'enquêtes françaises ont été réalisées dans un service d'urgences sur le sujet. Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence de la consommation de SPA chez les patients consultant aux urgences, leurs données socio-économiques, et d'établir un lien entre leur consommation et leur motif de consultation aux urgences.

Matériels et Méthodes : Cette étude prospective a été menée sur dix jours au mois d'avril 2016 aux urgences adultes du CHU de Bordeaux – site Pellegrin. Tous les patients âgés de 18 à 75 ans ont rempli un auto-questionnaire anonyme concernant leur consommation de SPA.

Résultats : 529 patients ont été inclus durant l'étude. 34,6% d'entre eux ont déclaré avoir consommé des SPA (hors tabac et alcool) moins d'un an avant la consultation aux urgences. Les données socio-économiques ayant une influence positive sur la consommation de SPA étaient : l'âge jeune, des ressources économiques de type « précarité avec aides sociales », et la consommation de tabac et/ou d'alcool. Les drogues les plus consommées étaient : le cannabis, la cocaïne, la MDMA, les champignons hallucinogènes, le poppers et les amphétamines.

Conclusion : Les urgences constituent une source intéressante d'étude de cas d'abus et de toxicité des SPA. Cette étude a été menée à un niveau local. Des études complémentaires doivent être effectuées à un niveau régional et national. Nos données constituent un indicateur précieux pour analyser les tendances et évaluer les conséquences médicales de la toxicomanie.

Titre en Français

Etude de la prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les adultes consultant dans un service d'urgences au CHU de Bordeaux

Titre en Anglais

Assessment of the prevalence of substance use among adults consulting in an emergency department at the University Hospital of Bordeaux

Mots-clés

Substances psycho-actives, Urgences, Prévalence, Epidémiologie

Discipline

Médecine Générale
UFR des Sciences médicales
Université Victor-Segalen – Bordeaux 2
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex