



- [L'OFDT](#)
- [Actualités et presse](#)
- [Produits et addictions](#)
- [Populations et contextes](#)
- [Régions et territoires](#)
- [Europe et international](#)

Synthèse thématique : médicaments psychotropes





Présentation

[↑ haut du document](#)

Les médicaments psychotropes non opiacés regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale :

- les anxiolytiques ou tranquillisants : ils diminuent l'anxiété et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Les plus prescrits, notamment pour une durée longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance ;
- les hypnotiques ou somnifères : ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Beaucoup sont des benzodiazépines ;
- les antidépresseurs : destinés à traiter les dépressions, ils donnent rarement lieu à un usage addictif ;
- les antipsychotiques (neuroleptiques), principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple) ;
- les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) principalement prescrit dans le trouble bipolaire ;
- les psychostimulants : méthylphénidate (Ritaline®) et modafinil (Modiodal®) principalement prescrit dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'enfant.

La prise de ces médicaments ne relève pas, dans la grande majorité des cas, de pratiques addictives, mais thérapeutiques, parfois dans le cadre d'une automédication (médicaments non prescrits à la personne qui les consomme). Toutefois, du fait des perturbations de la vigilance et des dépendances que certains entraînent, ces médicaments peuvent donner lieu à des usages problématiques ou à risques. Si certaines classes de médicaments psychotropes apparaissent peu détournées ou mésusées (antidépresseurs, neuroleptiques, lithium), d'autres le sont fréquemment par les usagers de drogues (anxiolytiques et hypnotiques). Enfin, certaines molécules (comme l'antiparkinsonien trihexyphénidyle [Artane®], le méthylphénidate [Ritaline®], la prégabaline [Lyrica®] ou tropicamide [Mydriaticum®]) le sont parfois dans des groupes d'usagers plus restreints.

Les médicaments psychotropes sont avant tout des médicaments et toute consommation n'est pas problématique. Les problèmes ou les risques liés à leur consommation sont de trois ordres :

1. des situations à risques peuvent survenir chez l'ensemble des consommateurs. Il s'agit en premier lieu de la baisse de vigilance facilitant la survenue d'accidents, notamment lors de la conduite automobile. Parmi les médicaments les plus largement consommés, ces risques relèvent

principalement des benzodiazépines. Ces risques seraient plus importants en début de traitement, lors de prises occasionnelles, ou en cas d'association avec l'alcool ou avec d'autres psychotropes ;

2. la consommation peut être inappropriée lorsque le risque individuel pour le patient est supérieur au bénéfice du traitement (risque de dépression respiratoire, d'aggravation d'une dépression non traitée...). L'inadéquation peut porter sur le produit lui-même, sur la dose prescrite ou sur les associations médicamenteuses ;

3. il existe en outre des mésusages des médicaments. Les situations en cause sont l'abus (doses ou durée de traitement trop élevées) ou le cumul (association de médicaments aux principes actifs identiques), la dépendance, et l'usage pour un autre effet que thérapeutique (se « défoncer », se doper, altérer sa conscience, etc.).

Il existe très peu de données quantitatives en France permettant de mesurer les situations d'addiction aux médicaments psychotropes ou leur mésusage, notamment en raison de la difficulté à établir une frontière claire entre usage et mésusage.



Production / offre

[haut du document](#)

Des produits licites peu accessibles à la répression

Dans l'ensemble de la population, les médicaments psychotropes sont reçus sur prescription, même s'ils n'ont pas toujours été prescrits au consommateur lui-même.

Comme l'ensemble de la population, les usagers de drogues en contact avec le système sanitaire ou social acquièrent principalement des benzodiazépines par prescription : dans 8 cas sur 10 chez les usagers interrogés dans les CAARUD en 2015. En revanche, c'est le cas de 2 usagers sur 10 seulement pour le méthylphénidate et le trihexyphénylidyle [1], les autres ont recours au marché parallèle. Bien visible dans certaines zones urbaines, il s'agit rarement de trafic organisé. L'achat de médicaments sur Internet semble peu pratiqué par les usagers de drogues. En outre, l'étude OSIAP 2017 (Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possibles de l'ANSM/CEIP-A) indique que les quinze premières molécules concernées par l'utilisation d'ordonnances falsifiées ont toutes un effet psychotrope (opioïdes inclus) et sept d'entre elles sont des benzodiazépines ou apparentées, les plus concernées étant le zolpidem (Stilnox® ou génériques), l'alprazolam (Xanax® ou génériques) et le zopiclone (Imovane® ou génériques). La présence du tropicamide (7e) et de la prégabaline (15e) dans cette liste suggère des utilisations non conformes bien au-delà des populations de polyusagers de drogues [2].

Le clonazepam (Rivotril®) est devenu très peu accessible pour le détournement, suite à l'augmentation des contraintes encadrant sa prescription en 2012 (ordonnances sécurisées, prescriptions initiales réservées aux pédiatres et neurologues). Le nombre des personnes traitées a ainsi diminué de 84 % entre 2012 et 2015 [3]. Le flunitrazepam (Rohypnol®) qui faisait partie des benzodiazépines les plus détournées a disparu du marché noir depuis l'arrêt de sa commercialisation en septembre 2013.

Observations locales

Les mésusages de méthylphénidate (Ritaline®) sont concentrés régionalement dans le sud de la France (données TREND non publiées) [4, 5] et ceux de trihexyphénydyle (Artane®) sur l'île de La Réunion, et concernent, au plan national, une faible part des usagers (respectivement 4 % et 2 %) [5, 6]. Ils sont, dans cette population, quasi systématiquement consommés hors du cadre thérapeutique. On note l'émergence de pratiques d'usage détourné, initialement importées par des usagers migrants, d'une part de prégabaline (Lyrica®, médicament notamment prescrit dans le cas de douleurs neuropathiques ou comme anticonvulsivant) consommée dans le cadre d'un polyusage, repérées depuis 2014 [7] et plus particulièrement visibles en région PACA en 2018 [8] et, plus rarement, de tropicamide (Mydriaticum®, atropinique utilisé notamment pour dilater la pupille lors de l'examen de l'œil) [9].



Consommation

[↑ haut du document](#)

En population adolescente

En 2015, l'expérimentation d'un tranquillisant ou d'un somnifère sans ordonnance médicale est déclarée par 11 % des lycéens, les jeunes filles étant toujours plus souvent concernées que les garçons (13,1 % vs 8,3 %). On ne mesure pas de variation entre 2011 et 2015, ni d'écart de niveau entre les filières [10].

En 2017, plus d'un jeune de 17 ans sur cinq déclarait avoir utilisé un médicament psychotrope au cours de la vie (22 % contre 25 % en 2014), les filles bien plus souvent que les garçons (30 % contre 14 %). Tranquillisants (13 % vs 16 % en 2014) et somnifères (10 % vs 13 %) sont parmi les plus communément cités. Les prévalences déclarées des antidépresseurs (5,2 %) et des stimulants (1,6 %) sont quant à elles demeurées stables (données ESCAPAD 2017 non publiées).

Les médicaments consommés n'ont pas toujours été prescrits à l'utilisateur par un médecin : chez les 17 ans, la dernière prise de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs, tous délivrés sur prescription médicale) ne se fait à l'initiative d'un médecin que dans 54 % des cas. Pour 27 %, c'est l'un des parents qui propose le médicament, alors que 11 % l'ont pris de leur propre initiative [11, 12].

En population adulte

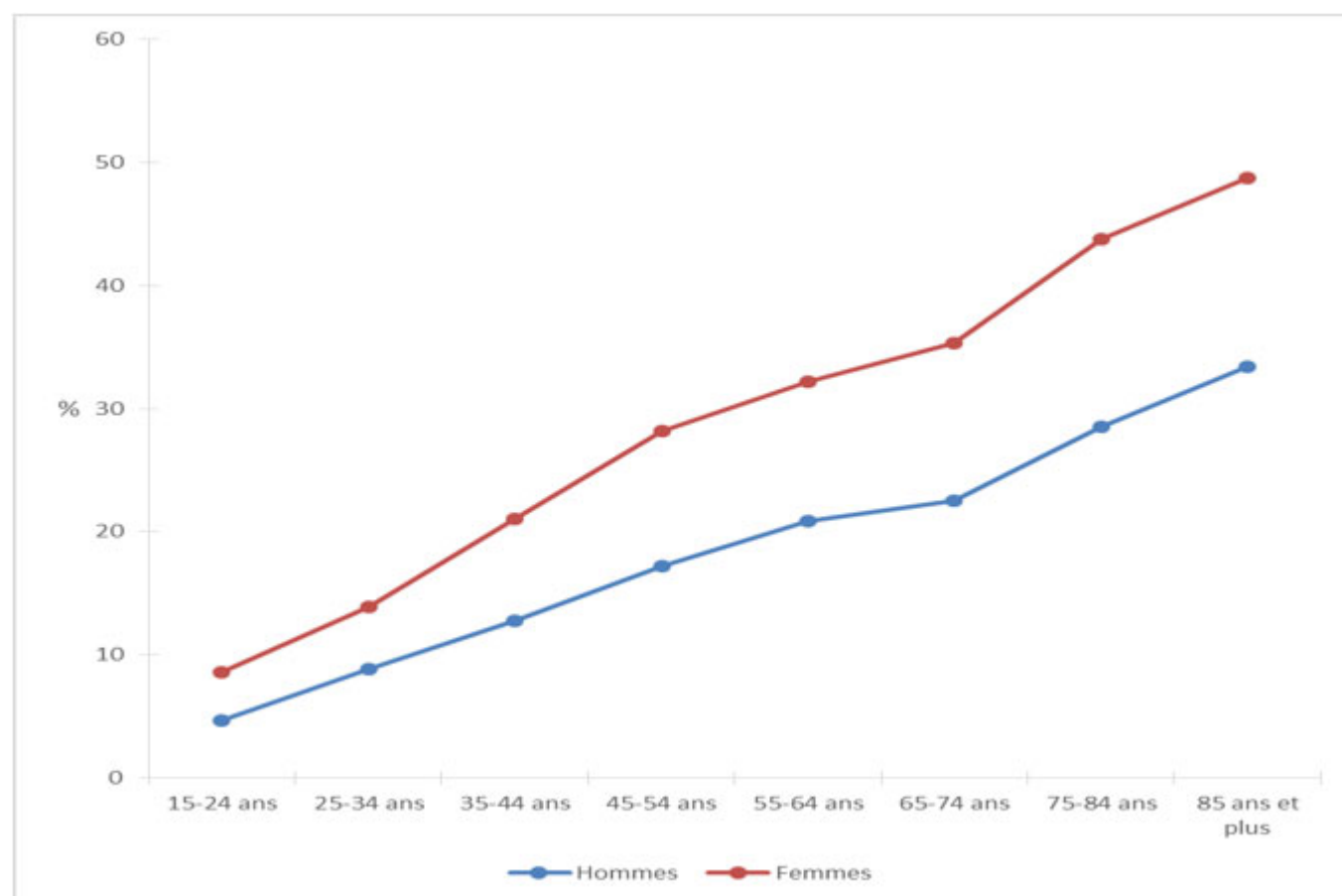
Un niveau global de consommation en baisse

Les psychotropes non opioïdes les plus consommés en France sont les anxiolytiques avec, en 2017, 1,4 boîte remboursée par habitant de 20 ans et plus, contre 0,7 boîte d'hypnotiques et 1,2 boîte d'antidépresseurs. Les consommations, plus exactement les remboursements, d'anxiolytiques ont diminué de 6 % sur la période 2012-2017. La baisse est plus importante pour ceux d'hypnotiques (moins 28 %), tandis que ceux d'antidépresseurs sont restés stables [13]. Les remboursements de méthylphénidate (Ritaline® ou autres) ont fluctué de 2012 (508 606 boîtes) à 2017 (813 500 boîtes) avec un maximum en 2014 (936 939 boîtes) [13].

Une consommation plutôt féminine qui augmente avec l'âge...

En 2017, 21 % des 15 ans et plus ont été remboursés d'au moins un médicament psychotrope au cours de l'année (pour 15 % un anxiolytique, 6 % un hypnotique, 9 % un antidépresseur, 0,5 % un régulateur de l'humeur et 2 % un neuroleptique). Les remboursements sont nettement plus fréquents chez les femmes (26 % contre 16 % chez les hommes) et augmentent fortement avec l'âge, l'écart entre les sexes s'amplifiant avec le vieillissement. Chez les femmes, ils progressent de 9 % chez les 15-24 ans, à 49 % chez les 85 ans et plus. Chez les hommes, ils s'élèvent à 5 % chez les 15-25 ans, pour atteindre 33 % chez les 85 ans et plus [14].

Prévalence des remboursements des médicaments psychotropes en 2017 selon l'âge et le sexe (%)



Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié, CNAM, exploitation OFDT

Chez les usagers de drogues

Les usagers de drogues en contact avec le système sanitaire ou social acquièrent eux aussi des benzodiazépines. En 2015, 36 % des usagers des centres d'accueil et de d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), usagers qui sont souvent précarisés, déclarent en avoir pris au cours du dernier mois [5]. Les deux tiers d'entre eux semblent se conformer au cadre thérapeutique (le médicament est obtenu par prescription, consommé par voie orale dans une optique de soin) [1], même si la limite entre soins et « défonce » apparaît souvent floue. Les benzodiazépines restent très majoritairement consommées par voie orale (96 %) [5]. Le mésusage de ces médicaments est proportionnellement plus important chez les plus jeunes, les hommes, les plus précaires et les usagers fortement polyconsommateurs [15]. En 2015, selon

l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) de l'ANSM, majoritairement menée parmi les usagers des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les molécules les plus fréquemment consommées en décalage avec la norme thérapeutique (dose supérieure à 2 fois celle recommandée, souffrance à l'arrêt, abus ou dépendance, obtention illégale, prise concomitante d'alcool), étaient l'oxazepam (Séresta®), le clonazepam (Rivotril®), l'alprazolam (Xanax® et génériques) et le bromazepam (Lexomil® et génériques) [16].

Une étude qualitative sur l'usage détourné des médicaments psychotropes par les jeunes a montré une image de jeunes évoluant dans un environnement saturé de médicaments d'une part et une culture jeune qui normalise les usages récréatifs de substances, médicaments inclus, d'autre part [17, 18].

En Europe

La consommation de médicaments psychotropes en France est l'une des plus importantes d'Europe. Les Français occupaient, en 2015, la deuxième place parmi huit pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Suède) pour la consommation des benzodiazépines, soit 20 % de moins que leurs homologues en Espagne mais 5 fois plus qu'en Allemagne, pays le moins consommateur [3]. En 2010, selon les données de production et de vente déclarées par les États, la France arrivait en deuxième position après la Belgique pour les hypnotiques, tandis que, pour les anxiolytiques, elle était en sixième position après le Portugal, la Belgique, l'Espagne et plusieurs pays du centre de l'Europe. D'autres sources de données placent également la France parmi les pays de tête. En revanche, l'utilisation des psychostimulants (méthylphénidate - Ritaline® - et modafinil - Modiodal®) reste marginale en France et très inférieure à celle de nos voisins européens. La France ne se démarque pas s'agissant des antipsychotiques, mais l'usage des régulateurs de l'humeur, bien que rare, y est plus fréquent [19].

Concernant les adolescents, 10 % des 15-16 ans en France, contre 6 % dans la quarantaine de pays européens participant à l'enquête Espad, déclarent avoir déjà consommé des tranquillisants et sédatifs sans prescription au cours de leur vie en 2015 [20].



Conséquences

[↑ haut du document](#)

Un impact sanitaire ou social mal estimé

La prise de médicaments psychotropes relève dans la grande majorité des cas de pratiques thérapeutiques. Toute consommation n'est donc pas problématique.

L'usage thérapeutique des benzodiazépines donne lieu, à des altérations de la vigilance et de l'état de conscience avec, en particulier, des risques lors de la conduite de véhicule (risque d'accident entre 60 % et 80 % plus élevé et multiplié par 8 en cas d'association avec l'alcool) et des risques de chutes chez les personnes âgées [3]. Concernant les conduites addictives, la part des médicaments psychotropes dans les demandes de traitement en CSAPA paraît marginale et stable entre 2010 et 2017 (1,7 % des demandes en 2017 dans les CSAPA, hors prise en charge de l'alcool et du cannabis). Cependant, le nombre de ces demandes a progressé de 35 % entre 2015 et 2017 [21].

En 2011, le groupe d'experts réuni par l'INSERM à la demande de la MILDT a réalisé une analyse critique et une synthèse de la littérature scientifique internationale sur les médicaments psychotropes. Une série de recommandations concernant leur consommation et le phénomène de pharmacodépendance ont été émises, notamment en termes de prévention des usages « non conformes » et des risques de pharmacodépendance, de prise en charge des patients et de recherche [19].

En 2015, les benzodiazépines ou apparentés sont citées comme premier produit psychoactif (substances illicites ou médicament) ayant entraîné une dépendance pour 9 % des sujets inclus dans l'enquête d'observation des pharmacodépendances menée auprès de médecins généralistes libéraux volontaires (OPEMA). L'oxazepam, le bromazepam et l'alprazolam sont les trois benzodiazépines les plus consommées dans cette enquête, tandis que l'oxazepam, le zolpidem et le diazepam présentent le plus d'indicateurs de détournement [22].

Les cas de décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances sont recueillis par le dispositif DRAMES, qui s'appuie sur les résultats d'analyses toxicologiques réalisées dans le cadre médico-légal d'une recherche des causes de décès. L'association de médicaments psychotropes est impliquée dans un décès sur cinq en 2016 [23].

Un risque d'usage criminel

Enfin, les benzodiazépines (principe actif de la plupart des somnifères et des tranquillisants) administrés à une victime à son insu, font parfois l'objet d'un usage criminel ou délictuel (viol, vol...). En 2016, elles sont ainsi impliquées dans la majorité des cas de soumission chimique avec une prédominance du zolpidem (Stilnox® ou génériques) et de l'alprazolam (Xanax® et génériques) [24].



Cadre légal et orientations publiques récentes

[↑ haut du document](#)

La réglementation de l'usage de produits pharmaceutiques s'intéresse à une grande variété de substances. Elle diffère selon leur classification établie en fonction des risques associés. Les médicaments sont assujettis à une réglementation portant sur leur production, leur commercialisation, leur prescription et leur délivrance. Ils font partie des « substances vénéneuses », délivrées exclusivement sur ordonnance médicale. Les médicaments sont inscrits sur la liste des stupéfiants lorsqu'ils sont à risque élevé de dépendance ou d'usage détourné, sur la liste I lorsqu'ils sont jugés comme dangereux ou enfin sur la liste II pour les substances considérées comme potentiellement dangereuses. Ces différentes catégories de substances reposent sur les classifications ratifiées par les Nations-unies dans le cadre de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention de Vienne sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Parmi les psychotropes non opiacés, seul le méthylphénidate (Ritaline®) appartient à la liste des stupéfiants. Les autres psychotropes non opiacés sont, pour l'essentiel, classés sur la liste 1 (quelques-uns étant néanmoins soumis à une partie de la réglementation des stupéfiants).

Une production et une commercialisation contrôlées

L'emploi, la cession ou la détention de précurseurs chimiques susceptibles d'être utilisés pour la synthèse de stupéfiants ou de substances psychotropes sont contrôlés par la Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC), rattachée au ministère chargé de l'Industrie (loi du 19 juin 1996). Ils exigent, selon la catégorie de produits, soit un agrément de la MNCPC, soit la déclaration auprès de cette autorité des locaux où ont lieu les manipulations. L'entreposage se fait dans des armoires sécurisées, les quantités stockées étant limitées et l'état des stocks devant être disponible à tout moment.

Les conditions de production, transport, importation, exportation, détention, offre et cession, de plantes, substances ou préparations classées comme vénéneuses sont définies par décret en Conseil d'État (art. L. 5132-8 du CSP). Tout établissement fabriquant, transformant ou exerçant le commerce intérieur ou international de stupéfiants, de psychotropes ou de leurs préparations est tenu d'adresser à l'ANSM une déclaration annuelle d'utilisation de ces substances, faisant état, notamment, des quantités de produits élaborés (arrêté du 22 février 1990 modifié).

Une prescription et une délivrance codifiées

La prescription de médicaments est réservée aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et vétérinaires, dans l'exercice strict de leur art. Depuis 1999, les médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants sont prescrits sur des ordonnances sécurisées, pré-imprimées en bleu et identifiées par un numéro de lot (art. R. 5194 du CSP). Certains psychotropes classés sur liste 1 sont ainsi délivrés sur ordonnance sécurisée, comme le zolpidem (Stilnox® et génériques) depuis avril 2017, le Rivotril® (antiépileptique) depuis septembre 2011 ou, le clorazépate dipotassique (Tranxène 20 mg®) depuis 2005.

L'arrêté du 1er avril 2008 encadre de façon plus stricte la prescription et la délivrance de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un mésusage. Depuis, l'Assurance maladie prend en charge, sous deux conditions, les spécialités contenant du méthylphénidate (Ritaline®). Elle exige (art. L. 162-4-2 du Code de Sécurité sociale) :

- la délivrance de la prescription par le pharmacien dont le nom, expressément indiqué par le patient au prescripteur, est obligatoirement inscrit par ce dernier sur l'ordonnance ;
- l'établissement d'un protocole de soins entre le médecin traitant, le médecin conseil de la caisse d'assurance-maladie et le patient.

La distribution des produits pharmaceutiques relève du monopole des pharmaciens. Leur publicité est sujette à autorisation et réglementée (art. L. 5122-6 du CSP). Au sein des officines et des pharmacies hospitalières, les substances ou préparations et les plantes ou parties de plantes classées comme stupéfiants sont détenues dans un endroit sécurisé inaccessible aux personnes étrangères à l'établissement (art. R. 5132-20 du CSP).

Toute vente d'hypnotiques, d'anxiolytiques ou de médicaments stupéfiants ou assimilés doit être enregistrée, sans modification possible après validation des données. Les informations, classées par patient (nom et adresse), par médicament et par date, sont archivées pendant 10 ans et tenues à disposition des autorités de contrôle pendant la durée de leur conservation. Si le porteur de l'ordonnance est inconnu du pharmacien ou s'il n'est pas le malade, son identité est enregistrée au vu d'une pièce officielle.

La détention non justifiée pénalement sanctionnée

La réponse pénale à l'usage, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou le transport illicite – c'est-à-dire non conformes aux prescriptions médicales – de médicaments stupéfiants ou assimilés est identique à celle appliquée pour tout autre stupéfiant. Ainsi, le délit d'usage est passible d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement, d'une amende de 3 750 €, voire d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, à titre de peine complémentaire (art. L. 3421-1 du CSP). En revanche, l'usage abusif ou détourné des médicaments psychotropes classés sur la liste I des substances vénéneuses n'est pas sanctionné pénalement.

Le transport personnel de médicaments stupéfiants ou assimilés détenus dans le cadre d'un traitement médical est soumis à différentes règles, selon la destination du patient et la durée de son séjour. Pour un déplacement dans l'espace Schengen, la personne doit être en mesure de présenter la prescription médicale originale et une autorisation de transport fournie par l'Agence régionale de santé du département où le médecin prescripteur est enregistré.

Le transport, la détention, l'offre, la cession ou l'acquisition illicite de substances vénéneuses sont passibles de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende, les peines étant portées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende lorsque les faits ont été commis en bande organisée. Pour les médicaments stupéfiants ou assimilés, le contrevenant encourt 10 ans d'emprisonnement et 7,5 millions d'euros d'amende (art. 222-37 du Code pénal). La détention sans justificatif de stupéfiants est également passible d'une peine maximale de 10 ans d'emprisonnement, de la confiscation du produit et des moyens de transport personnels ou objets ayant servi à la fraude, ainsi que d'une amende douanière pouvant aller jusqu'à 5 fois la valeur du produit de fraude (Code des douanes). La responsabilité de fraude est encourue par la seule découverte du produit.



Sélection de documents

[↑ haut du document](#)

[1] Cadet-Taïrou A., Lermenier-Jeannet A., Gautier S., Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015.

[Saint-Denis, OFDT, 2018, 56 p.](#)

[2] CEIP-A de Toulouse, Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2017 [Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possible].

Saint-Denis, ANSM, 2018, 1 p.

[3] ANSM, État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, Avril 2017.

Saint-Denis, ANSM, 2017, 58 p.

[4] ANSM, Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France.

Saint-Denis, ANSM, 2017, 33 p.

[5] Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Gautier S., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015 ».

[Tendances n° 120, 2017, 6 p.](#)

[6] Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012

».

[Tendances n° 98, 2015, 8 p.](#)

[7] ANSM, Comité technique des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - CT022015033. Compte rendu de la séance du 28 mai 2015. Saint-Denis, ANSM, 2015, 21 p.

[8] Duport C., Tendances récentes et nouvelles drogues - Marseille. Synthèse des résultats 2017. Saint-Denis, OFDT, 2018, 4 p.

[9] Ponté C., Pi C., Palmaro A., Jouanjus E., Lapeyre-Mestre M., French Addictovigilance Network, « Early signal of diverted use of tropicamide eye drops in France ». British Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 83, n° 8, 2017, pp. 1791-1800.

[10] Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C., Janssen E., Les drogues durant les « années lycée » - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France
[Tendances, n°112, 2016, 4 p.](#)

[11] Cadet-Taïrou A. et Brisacier A.C., « Médicaments psychotropes non opiacés » dans OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*.
[Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 258-265](#)

[12] Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M. et Beck F., Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2014
[Tendances, n°100, 2015, 8 p.](#)

[13] Caisse nationale de l'Assurance Maladie, Medic'AM annuel 2017, tous régimes. Médicaments remboursés par l'ensemble des régimes de l'assurance maladie au cours de l'année 2017.
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medic_AM_annuel_2017_tous_regimes.zip
[accédé le 15/02/2019].

[14] Cadet-Taïrou A., Brisacier A.-C., Médicaments psychotropes non opioïdes, dans OFDT (Dir.), *Drogues et addictions, données essentielles*.
[Paris, OFDT, 2019, p. 147-150.](#)

[15] Cadet-Taïrou A., An exploratory research on benzodiazepines' drug users. Poster presented at the Lisbon Addictions Conference.
[Saint-Denis, OFDT, 2015.](#)

[16] CEIP, ANSM, OPPIDUM (Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). Principaux résultats 2015. Saint-Denis, ANSM, 2017, 2 p.

[17] Milhet M., Langlois E., Jeunes et médicaments psychotropes - Enquête qualitative sur l'usage détourné de médicaments par les jeunes
[Tendances, n°109, 2016, 4 p.](#)

[18] Langlois E., Milhet M., *Usages détournés de médicaments psychotropes par les jeunes*
[Saint-Denis, OFDT, 2016, 79 p.](#)

[19] INSERM, *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*
[Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2012, 586 p.](#)

- [20] The Espad Group, ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.
Lisbon, EMCDDA, ESPAD, 2016, 99 p.
- [21] Palle C., Rattanatrav M., Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA.
[Saint-Denis, OFDT, 2018, 111 p.](#)
- [22] Centre d'addictovigilance PACA Corse, Programme d'Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire - OPEMA N°7.
Principaux résultats 2015, 2015, 2 p.
- [23] CEIP-A Grenoble, DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances).
Principaux résultats de l'enquête 2016.
Saint-Denis, ANSM, 2018, 2 p.
- [24] CEIP-A Île-de-France-Centre, Soumission chimique. Résultats de l'enquête 2016.
Saint-Denis, ANSM, 2016, 2 p.

Repères législatifs et réglementaires

[↑ haut du document](#)

- [Convention unique sur les stupéfiants de 1961](#), Nations Unies, Recueil des Traités : Traités et accords internationaux enregistrés ou classés et inscrits au répertoire au Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, 1964, vol. 520, I. N° 7511-7515
- [Convention de 1971](#) sur les substances psychotropes, New York, UN, 1971, 33 p.
- [Convention de 1988](#) contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, conclue à Vienne le 20 décembre 1988, Nations Unies, Recueil des Traités : Traités et accords internationaux enregistrés ou classés et inscrits au répertoire au Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, 1990 vol. 1582, I. n°27621-27627
- Loi n°96-542 du [19 juin 1996](#) relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes, JORF du 20 juin 1996 ; NOR INDX9500023L. Modifiée par l'Ordonnance n°2008-1340 du [18 décembre 2008](#), JORF du 19 décembre 2008 ; NOR ECEZ0821796R
- Arrêté du [1er avril 2008](#) relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L.162-4-2 du Code de la sécurité sociale, JORF du 8 avril 2008 ; NOR SJSP0808150A
- Arrêté du [24 août 2011](#) portant application de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de clonazépam administrés par voie orale, JORF du 6 septembre 2011 ; NOR ETSP1123702A
- Arrêté du [7 janvier 2017](#) portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale

Dernière mise à jour : février 2019