



# Chapitre 115

## Drogues illicites et overdose

A. LANDIE

### Points essentiels

- On distingue parmi les substances illicites : les psychostimulants et les opiacés.
- La prise volontaire d'une seule drogue est rare : notion de polyconsommation.
- La consommation de substances illicites : de l'état d'agitation au décès.
- La prise en charge de l'intoxication est essentiellement symptomatique.
- Le bilan biologique prime sur le bilan toxicologique pour la prise en charge.

### 1. Introduction

De tout temps, l'humanité a été guidée par la recherche du plaisir. Dans cette quête, l'homme fut épaulé par de nombreuses substances psychotropes extraites de la nature dans un premier temps, puis modifiées et/ou de synthèse par la suite. L'addiction et la recherche du plaisir ultime, éloignent la personne droguée ou toxicomane de ses préoccupations du quotidien, en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation compulsive. Par ailleurs, l'absence de contrôle des effets secondaires des substances psychoactives absorbées peut conduire au décès (notion d'overdose).

La détention et la consommation des substances psychoactives sont réglementées, on parle de substances illicites. Au niveau international, les stupéfiants et les psychotropes figurent sur des listes annexées à des conventions

*Correspondance* : A. Landie, IDE SMUR/REA, Pôle Médical et Technique d'Urgence et de Réanimation, Centre hospitalier Jacques-Puel, avenue de l'Hôpital, 12000 Rodez.

Tél. : 05 65 55 15 15.

E-mail : aureland @gmail.com

des Nations unies (1961, 1971 et 1988) dont la France est signataire. La réglementation française actuelle reprend cette classification et liste les substances nécessitant une surveillance particulière. Cette liste est régulièrement mise à jour et est consultable sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Le classement d'une substance repose sur une évaluation du potentiel d'abus et de dépendance et des risques pour la santé publique, au regard, parfois, de son éventuel intérêt thérapeutique. L'objectif de ces dispositions est de limiter l'usage des stupéfiants et des psychotropes aux seules fins médicales et scientifiques et d'encadrer leur utilisation afin d'éviter tout abus ou détournement vers l'usage ou le trafic, qui constituent des infractions pénales passibles de peines de prison et d'amendes.

## 2. Principales substances et identification (1)

### 2.1. Le cannabis et ses dérivés

#### 2.1.1. Généralités

Aussi appelé chanvre indien, le cannabis est une plante dont le produit actif (tétrahydrocannabinol ou THC) est utilisé pour ses effets psychotropes. Il est habituellement fumé, mélangé à du tabac (cigarettes de kif, joint, pétard) mais il peut être consommé par voie orale.

Il se présente sous plusieurs formes :

- herbe : marijuana (« beu ») : Feuilles séchées fumées directement ou avec du tabac (environ 30 à 50 % de THC) ;
- haschich ou « shit » : résine de cannabis comprimée. Se fume avec du tabac ou pur avec de petites pipes (environ 30 à 50 % de THC) ;
- huile, goudron : imprégnation du papier d'une cigarette, rarement en injection (environ 60 à 90 % de THC).

L'action des composants actifs contenus dans la fumée de cannabis est ressentie en moins d'une minute après inhalation et les effets sur les sensations, les perceptions, les comportements durent de 2 à 4 heures. Après ingestion, les effets apparaissent en 1 à 2 heures et ont une durée un peu plus longue (4 à 6 heures).

#### 2.1.2. Les effets

Ils varient en fonction du consommateur, du contexte, de la quantité et de la concentration en THC. D'une manière générale, fumer du cannabis provoque une ivresse dès les premières bouffées. Parfois cette première consommation peut provoquer un sentiment de malaise ou d'angoisse, il peut arriver également que le consommateur ne ressente aucun effet. L'ivresse provoquée peut se traduire par un sentiment de détente, de bien-être, voire d'euphorie, que les usagers désignent par l'expression « planer ». Progressivement, d'autres effets peuvent

apparaître : perceptions sensorielles plus intenses, modification de l'appréciation du temps et de l'espace, désinhibition (facilitation de la parole et de la relation aux autres). Ils s'accompagneront souvent de sensations physiques comme l'irrésistible envie de manger, la bouche sèche, l'augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, une mydriase peut être associée ainsi qu'un rougissement des conjonctives. Ils s'estompent en quelques heures.

### 2.1.3. Épidémiologie (2)

En 2011, 41,7 % des jeunes de 17 ans avouaient avoir expérimenté le cannabis et 6,5 % le consommer de façon régulière.

À l'âge adulte, parmi les 18-64 ans, 32,8 % des sujets ont déjà expérimenté le cannabis avec une majorité d'hommes (3,4 % d'hommes contre 0,9 % de femmes). La proportion d'expérimentateurs décroît avec l'âge. L'usage répété de cannabis représente 1,6 % des adultes de plus de 26 ans et est surtout fréquent chez les célibataires de sexe masculin.

## 2.2. Héroïne et Opiacés

### 2.2.1. Généralités

Les opiacés constituent une famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de la culture du pavot. Une de leurs caractéristiques majeures est leur capacité à induire une dépendance physique et psychique.

L'héroïne est le plus recherché en tant que drogue. Elle se présente sous la forme d'une poudre (ou de granulés à écraser) dont la couleur peut varier du blanc (sel acide) au marron (sel basique) en fonction de ses pays d'origine ou de ses additifs. Elle est obtenue à partir de la morphine (morphine base) qui est issue de l'opium.

Longtemps injectée par voie intraveineuse, l'héroïne peut être aussi prise (sniffée) ou fumée. En France, les pratiques d'injection sont stables depuis les années 1990.

Quel que soit le mode de prise (cigarette, sniff, injection), la consommation d'héroïne peut favoriser les rapports sexuels non protégés, et donc les risques de transmission du VIH, de l'hépatite B et d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis). La pratique de l'injection peut être à l'origine d'infection locale (abcès) mais aussi à un risque très élevé de contamination par le VIH ou de l'hépatite C dû au partage, à la réutilisation et/ou à la mise en commun du petit matériel d'injection (coton, tampon, seringue).

### 2.2.2. Les effets

L'héroïne provoque très rapidement un apaisement, une euphorie et une sensation d'extase. Cet effet immédiat de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence, accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque, diminution de la fréquence respiratoire et de

son amplitude, myosis (syndrome opioïde). Ses propriétés pharmacologiques sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite.

L'héroïne agit ponctuellement comme anxiolytique puissant et comme antidépresseur. Quand l'usage se répète, la tolérance au produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. En quelques semaines, le consommateur ressent le besoin d'augmenter la quantité et la fréquence des prises. La vie quotidienne tourne autour de la consommation du produit.

La dépendance s'installe rapidement dans la majorité des cas. L'héroïnomane oscille alors entre des états de soulagement euphoriques (lorsqu'il est sous l'effet de l'héroïne) et des états de manque qui provoquent anxiété et agitation. La dépendance à l'héroïne entraîne presque toujours des risques importants de marginalisation sociale. À court terme apparaissent une anorexie et une insomnie.

### 2.2.3. Épidémiologie (3)

L'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France est faible (1,2 % chez les 18-64 ans), que ce soit chez les 18-34 ans (1,7 %) ou les 35-64 ans (1,0 %).

En 2011, 0,9 % des jeunes âgés de 17 ans a expérimenté l'héroïne (0,8 % chez les filles et à 1,0 % chez les garçons). Après une période d'évolution stable entre 2000 et 2005, le niveau d'usage de l'héroïne a augmenté jusqu'en 2008 et se trouve actuellement dans une phase de baisse, notamment chez les garçons (1,4 % en 2008).

## 2.3. Cocaïne et Crack

### 2.3.1. Généralités

La cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) est une substance d'origine végétale, obtenue par transformation de la feuille de coca (feuille du cocaïer, arbuste cultivé en Bolivie ou au Pérou dans la région des Andes). Elle se présente sous forme de poudre blanche floconneuse, cristalline, ressemblant à de la neige et à la saveur amère.

Dans son usage le plus répandu, la cocaïne est consommée le plus souvent par voie nasale (sniffée ou prisée). Cette méthode consiste à inhaler la cocaïne sous forme de poudre, préalablement disposée en petits tas filiformes (rails) au moyen d'un petit tube appelé « paille ». L'effet se fait sentir au bout de deux minutes et dure environ une heure.

Il arrive parfois qu'elle soit consommée par voie pulmonaire (inhalation de fumée ou de vapeurs par voie orale ou nasale), par voie intraveineuse (injection) ou tout simplement ingérée.

Sa consommation entraîne une sensation de puissance intellectuelle et physique, engendrant une indifférence à la fatigue, couplée à un sentiment d'euphorie. Ces effets « positifs » sont suivis d'une phase de « descente », marquée par des

symptômes de type dépressif, une anxiété et une forte irritabilité. La cocaïne est à l'origine d'une forte dépendance psychique conduisant à des envies irrésistibles d'en consommer (craving) pouvant survenir très rapidement ou à distance de la dernière prise.

La cocaïne base, qui circule sous l'appellation « crack » ou « free base » ou « coke purifiée », est un dérivé du chlorhydrate de cocaïne, résultant de l'adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniac et qui est ensuite chauffée. Cela permet une cristallisation de la poudre en petits cailloux, destinés à être fumés à l'aide d'une pipe ou roulé en joint dans une feuille d'aluminium chauffée (« chasser le dragon ») et plus rarement injectés ou ingérés. Les effets de la cocaïne base sont beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate. Leur apparition est plus rapide (quelques secondes), mais leur durée est beaucoup plus courte (10 à 15 minutes contre environ une heure), ce qui conduit les usagers à une multiplication des prises.

### 2.3.2. Les effets

L'utilisation chronique ou ponctuelle de cocaïne ou de crack, quels que soient le mode d'administration et la quantité, active la sécrétion de dopamine et ainsi modifie l'humeur et le comportement par un effet stimulant et euphorisant. L'utilisateur se sent euphorique, il est envahi par une sensation de bien-être ; le stress et l'anxiété disparaissent ; il est indifférent à la douleur et à la fatigue. Ainsi le consommateur aura un sentiment de puissance intellectuelle (illusion de tout comprendre et d'avoir une intelligence inconcevable) et physique (voire sexuelle) qui provoquera une désinhibition.

Ces effets vont laisser place ensuite à ce qu'il est commun d'appeler « descente » : un état dépressif et à une anxiété que certains apaiseront par une prise d'héroïne ou de médicaments psychoactifs tels que antidépresseurs, anxiolytiques divers.

Les complications physiques le plus souvent rencontrées sont cardiaques, en lien avec l'élévation de la pression artérielle, la vasoconstriction des artères coronaires mais aussi un effet thrombogène induits. On peut observer des troubles du rythme cardiaque plus ou moins invalidant.

Des complications neurologiques (accident vasculaire cérébral, convulsions, hyperthermie, crampes, mouvements tonico-cloniques, etc.) peuvent également survenir.

Des complications pulmonaires se voient chez les usagers de crack, du fait du mode de consommation (inhalation de vapeurs).

Le sniff de cocaïne provoque de façon transitoire des épistaxis et une anosmie. De manière systématique des lésions de la cloison nasale peuvent apparaître pouvant aller jusqu'à sa perforation en cas de consommation intensive. Une corrosion dentaire peut être observée aussi.

Enfin, les pratiques à risques liées à l'injection et au partage de matériel (pailles pour la cocaïne, pipes pour le crack) peuvent être à l'origine d'infections bactériennes (abcès cutanés locaux, septicémies) ou virales (VIH, VHB et surtout VHC).

Par ailleurs, dans les heures qui suivent la prise de cocaïne, une augmentation de l'activité psychique est décrite avec des insomnies, des amnésies, des difficultés de concentration, apparition ou majoration de tics...

La levée des inhibitions peut provoquer une perte de jugement entraînant parfois des actes inconsidérés, tels que des crises de panique, de la violence, des comportements très agressifs et peuvent également apparaître des troubles délirants sous la forme d'épisodes psychotiques avec hallucinations auditives, visuelles et sensorielles.

Cette paranoïa induite par la cocaïne peut être accompagnée d'un syndrome de recherche compulsive du produit, plus particulièrement chez les usagers de crack.

La cocaïne n'entraîne pas de dépendance physique, mais elle génère une forte dépendance psychique.

On estime que 20 % des usagers deviennent dépendants. La dépendance à la cocaïne est parfois réversible mais même après un arrêt complet de consommation, il faut attendre de 12 à 18 mois sans rechute pour être considéré comme « guéri ».

La tolérance ne concerne que certains des effets notamment l'euphorie et est fortement liée aux sensibilités individuelles.

### 2.3.3. Épidémiologie (3)

La cocaïne, sous sa forme chlorhydrate, est le produit illicite le plus consommé en France après le cannabis. En 2010, un million et demi de personnes en auraient consommé au moins une fois au cours de la vie et 400 000 au cours de l'année. En l'espace de dix ans, l'expérimentation dans la population adulte (18-64 ans) a plus que doublé, passant de 1,8 % en 2000 à 3,8 % en 2010. La hausse est encore plus marquée pour l'usage récent qui a triplé entre 2000 et 2010, passant de 0,3 % à 0,9 %. Cette évolution générale recouvre toutefois des différences selon l'âge et le sexe. Ainsi, la population des 18-34 ans est la plus concernée par les usages de cocaïne – en 2010, près de 7 % l'avaient expérimentée –, et plus particulièrement la tranche d'âge des 26-34 ans où l'expérimentation atteint son maximum (8 %). Si l'usage de cocaïne est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, la plus forte progression intervient chez ces dernières : entre 2000 et 2010, la part des femmes ayant consommé de la cocaïne au cours de l'année a été multipliée par 4 (de 0,1 % à 0,4 %), contre 3 pour les hommes (de 0,5 % à 1,4 %).

Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne a été multipliée par plus de 3, passant de 0,9 % en 2000 à 3 % en 2011, bien qu'elle soit restée stable par rapport à 2008. L'usage de cocaïne base est marginal dans la population générale. Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de crack serait en baisse, passant, entre 2008 et 2011, de 1 % à 0,8 %.

## 2.4. Amphétamines

### 2.4.1. Généralités

Les amphétamines (ou speed) sont des psychostimulants et anorexigènes puissants. Leur toxicité ainsi que la forte dépendance psychique qu'elles entraînent expliquent que la plupart des amphétamines soient classées comme stupéfiants depuis 1967.

Aujourd'hui, les amphétamines se présentent généralement sous la forme de poudre à sniffer, de comprimés ou de gélules. Elles sont très présentes dans l'espace festif alternatif pour leurs effets empathogènes et pour les effets stimulants proches de ceux de la cocaïne mais à un moindre coût. À forte dose, ce sont des produits hallucinogènes qui peuvent entraîner des modifications des perceptions sensorielles.

Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux : la métamphétamine (« crystal meth », « ice » ou « yaba »), et dont la consommation est très marginale en France. Elle se distingue par ses effets particulièrement puissants et durables et par son potentiel addictif.

### 2.4.2. Les effets

Psychostimulants, les amphétamines dissipent les sensations de faim et de fatigue donnant l'illusion d'être invincible, prodiguent une sensation d'euphorie et de confiance en soi. Leur consommation peut entraîner des crises de tétanie et d'angoisse, des confusions, une désorientation temporo-spatiale, des hallucinations.

La « descente » après une prise d'amphétamine peut induire un sentiment de découragement, voire un état dépressif. Une consommation régulière peut entraîner une altération de l'état général du fait de la dénutrition et du manque de sommeil. Elle conduit à l'épuisement de l'organisme, une grande nervosité et des troubles psychiques, notamment des délires.

Une tolérance aux amphétamines peut s'installer très rapidement. Ces produits s'avèrent très dangereux pour les personnes souffrant de dépression, de problèmes cardio-vasculaires, d'hypertension et d'épilepsie. L'association avec de l'alcool ou d'autres substances psychoactives comme l'ecstasy (MDMA) ou le LSD accroît les risques de neurotoxicité.

### 2.4.3. Épidémiologie (3)

#### 2.4.3.1. Ecstasy/MDMA

En 2010, 2,7 % des 18-64 ans ont expérimenté l'ecstasy, soit un peu plus de 1 million de personnes, tandis que la consommation dans l'année ne concerne que 0,3 % de cette population.

En 2011, l'expérimentation concerne 1,9 % des jeunes de 17 ans (2,2 % des garçons et 1,6 % des filles), en diminution sensiblement par rapport à 2003, où elle concernait 3,2 % des adolescents.

#### 2.4.3.2. Amphétamines

L'expérimentation ne touche que 1,7 % des 18-64 ans et atteint ses niveaux les plus élevés chez les 26-34 ans et les 18-25 ans, avec respectivement 3,1 % et 2,1 %. Seulement 0,2 % de la population française en a consommé dans l'année. Parmi les jeunes de 17 ans, l'usage au cours de la vie est en baisse et concerne, en 2011, 2,4 % d'entre eux (2,0 % des filles et 2,9 % des garçons), contre 2,7 % en 2008.

## 2.5. LSD

### 2.5.1. Généralités

C'est une substance de synthèse fabriquée à partir de l'acide lysergique. Le LSD (« acide ») est caractérisé par une puissante action hallucinogène. L'acide lysergique est produit par un champignon, l'ergot de seigle. Dans les années 1960, son usage était fortement associé aux mouvements qui recherchaient dans sa consommation une symbiose mystique avec l'environnement (mouvement hippie).

Le LSD se présente le plus souvent sous la forme d'un petit morceau de buvard imbibé portant un dessin, parfois d'une « micro pointe » (ressemblant à un bout de mine de crayon) ou sous forme liquide. Il est le plus souvent avalé. Les effets surviennent après une demi-heure (parfois plusieurs heures) et durent entre cinq et douze heures. Une sensation de malaise peut persister pendant plusieurs jours.

Le dosage est aléatoire, les buvards étant plus ou moins concentrés. Une goutte de liquide équivaut souvent à plusieurs buvards. Une quantité infime de LSD étant efficace, les risques de surdose peuvent être vite atteints.

### 2.5.2. Les effets

Le LSD est un hallucinogène très puissant. Il entraîne des modifications sensorielles intenses, des hallucinations et une perte plus ou moins marquée du sens des réalités. L'expérience du LSD est extrêmement dangereuse. L'utilisateur peut éprouver un état confusionnel accompagné d'angoisses, de crises de panique (bad trip), de phobies, de bouffées délirantes. La « descente » peut-être elle aussi très désagréable et générer un profond mal-être. Tout consommateur s'expose à des « bad trips », c'est-à-dire des hallucinations cauchemardesques, des illusions délirantes dangereuses (notamment lorsqu'on s'imagine pouvoir voler), ou des perturbations psychiques prolongées.

Certaines personnes ressentent des épisodes de « flash-back » (« retours d'acide ») plusieurs jours ou semaines après une consommation.

### 2.5.3. Épidémiologie (3)

En 2010, 1,8 % de la population française avait déjà expérimenté la consommation de LSD. Les 26-44 ans sont la tranche d'âge où le taux d'expérimentation est le plus élevé (2,3 %). On note également un plus fort taux de consommation chez les hommes (2,7 % contre 0,9 % chez les femmes).

## 2.6. La Kétamine

### 2.6.1. Généralités

Le chlorhydrate de kétamine est un produit utilisé en France en anesthésie humaine et vétérinaire. À certaines doses, qui sont variables selon les individus, elle a des effets hallucinogènes. Ce sont ces derniers qui sont recherchés. Le produit est généralement « sniffé », notamment chez les consommateurs de cocaïne. On trouve la kétamine sous forme de poudre cristalline, de gélules ou de comprimés.

### 2.6.2. Les effets

Les effets de l'absorption de kétamine sont : un engourdissement avec la perte des notions de temps et d'espace, la perte également de sa sensibilité corporelle et à plus forte dose, le sentiment de dissociation entre le corps et l'esprit.

La durée des effets se situe généralement entre 2 et 4 heures. Une accoutumance amène les usagers à augmenter progressivement les doses consommées.

L'utilisation illicite de la kétamine peut entraîner des chutes avec blessures liées à l'insensibilité de l'individu à la douleur, des troubles psychiques (angoisse, attaques de panique) qui peuvent être durables et neurologiques (paralysies temporaires). Enfin, certains usagers font état des risques de soumission chimique, même en cas de prise volontaire du produit.

La prise de doses importantes peut conduire à des dépressions respiratoires, des pertes de conscience totale, le coma. Ces effets sont aggravés en cas d'association avec d'autres hallucinogènes et/ou de l'alcool.

### 2.6.3. Épidémiologie (3)

Il y a peu de données dans la littérature. Pour l'OFDT, en 2013, « les substances hallucinogènes sont essentiellement consommées dans les espaces festifs dits « alternatifs » de type free parties, rave parties et « zones off » des festivals, ou dans les espaces privés.

Une étude menée en 2004-2005 auprès de la population rencontrée dans les espaces festifs orientés vers la musique techno montre l'intérêt particulier porté dans ces milieux aux substances hallucinogènes : la kétamine y a été expérimentée par 16,4 % des personnes interrogées.

## 2.7. Le GHB

### 2.7.1. Généralités

Le GHB (gamma-hydroxybutyrate) ou Gamma OH est une molécule anesthésique à usage médical. Il a une double action : euphorisante, puis sédatrice. Son utilisation comme drogue est cantonnée à certains lieux de la vie nocturne. Il est généralement vendu sous forme de poudre soluble ou sous forme liquide. Il est ingéré.

### 2.7.2. Les effets

Les effets du GHB se manifestent rapidement (10 à 15 minutes) et durent entre 1 h 30 et 2 h. Ils se traduisent par une légère euphorie, une capacité de communication amplifiée. Son usage peut entraîner des vertiges, des nausées, des contractions musculaires ou des hallucinations.

### 2.7.3. Épidémiologie (3)

Selon l'OFDT (rapport 2013), le GHB/GBL occupe une place à part. Consommé dans certains clubs en contexte festif pour l'ivresse qu'il procure, mais surtout en privé, pour modifier les sensations lors des relations sexuelles, il est essentiellement utilisé par des hommes fréquentant certains milieux gays. Ceux-ci sont également amateurs de kétamine ou encore de nouveaux produits de synthèse. En revanche, la consommation du GHB/GBL par de jeunes « fêtards », trouvant dans cette substance une alternative peu onéreuse à l'alcool qu'ils consomment habituellement, constitue une pratique qui a émergé vers 2008, mais semble devenue très rare. »

## 3. Mécanisme des drogues et overdose (4)

### 3.1. Mécanisme

Au niveau du cerveau, la transmission de l'influx nerveux nécessite la présence de substance chimique, appelée neuromédiateur (exemple : la dopamine). Le neuromédiateur se fixe sur des récepteurs spécifiques permettant la transmission des données. C'est sur ces processus de transmission de l'information par des messages chimiques qu'agissent les drogues ou substances psychoactives.

Il existe différents neuromédiateurs (la dopamine, la sérotonine, l'acétylcholine...) et à chaque neuromédiateur correspond un récepteur spécifique. Une drogue est une substance dont la structure moléculaire ressemble à celle d'un neuromédiateur et donc par mimétisme agit sur le système de transmission de l'information au niveau de la synapse.

Les drogues ou substances psychoactives peuvent agir selon trois modes d'action :

- certaines substances imitent les neuromédiateurs naturels et donc se substituent à eux dans les récepteurs : la morphine, par exemple, s'installe dans les récepteurs à endorphine, et la nicotine, dans les récepteurs à acétylcholine ;

- certaines augmentent la sécrétion d'un neuromédiateur naturel comme la cocaïne qui augmente la présence de dopamine dans la synapse, et l'ecstasy celle de la sérotonine et de la dopamine ;
- certaines bloquent un neuromédiateur naturel ; par exemple, l'alcool bloque les récepteurs nommés NMDA.

Cocaïne, ecstasy, tabac, alcool, médicaments psychoactifs... tous les produits qui peuvent déclencher une dépendance chez l'homme ont en commun une propriété : ils augmentent la quantité de dopamine, considérée comme le « circuit de la récompense ». Ce dernier correspond à un ensemble de structures cérébrales qui indiquent à chaque instant dans quel état physique et psychique se trouve chaque individu. Lorsque la quantité de dopamine augmente dans ces structures, quelle qu'en soit la raison, nous ressentons du plaisir et considérons que tout va bien, même si par ailleurs notre corps souffre ou que nous sommes déprimés. Ainsi les drogues, par leur action biochimique, modifient la conscience que nous avons de notre environnement et de nous-mêmes.

La prise répétée de drogues modifie à long terme la façon dont notre cerveau perçoit l'origine de ses satisfactions et perturbe notre recherche du plaisir, entraînant ainsi chez certaines personnes des phénomènes de dépendance :

- les amphétamines et dérivés provoquent des augmentations immédiates et importantes de sérotonine dans la synapse, mais aussi de dopamine, suivies d'un épuisement des stocks de ces neuromédiateurs. Un très grand nombre d'antidépresseurs agissent directement ou indirectement sur la libération de la dopamine ;
- le cannabis entraîne une faible libération de dopamine selon un mécanisme encore discuté. Les récepteurs cannabinoïdes sont présents en forte densité dans le système limbique (dans le noyau accumbens, dans le cervelet, l'hippocampe et le cortex) ;
- la cocaïne empêche la recapture de la dopamine au niveau des synapses augmentant donc l'effet de la dopamine dans les synapses au niveau du cerveau des émotions (système limbique) ;
- l'héroïne est transformée dans le cerveau en morphine. Celle-ci se lie aux récepteurs opioïdes naturels (récepteurs des endorphines). Elle stimule également le système de la dopamine, mais par un mécanisme indirect.

Les drogues qui agissent le plus fortement sur l'humeur sont :

- les psychostimulants : comme leur nom l'indique, ils augmentent la vigilance et diminuent la sensation de fatigue et de sommeil ; c'est le cas des amphétamines et de la cocaïne ;
- les opiacés : contrairement aux précédents ont un effet d'endormissement comme la morphine ou l'héroïne.

### 3.2. Effets et dangers

Lors d'une prise de produit psychoactif des effets sont recherchés et attendus mais au prix d'effets dangereux connus des usagers.

On peut les classer ainsi :

- l'effet anxiolytique avec une recherche d'euphorie, de bien-être, d'apaisement, etc. ;
- l'effet de stimulation physique et psychique avec la recherche d'un sentiment de toute-puissance, d'une indifférence à la douleur et à la fatigue, etc. ;
- l'effet hallucinatoire avec la recherche d'amplification des sensations, de distorsion de la réalité, d'un sentiment d'extase.

Les dangers quant à eux se divisent en deux groupes :

- les troubles physiques : vertiges, malaises, nausées, vomissements, contractions musculaires, modification de la perception visuelle, baisse de la vigilance et des réflexes, insomnie, pertes de mémoire, déshydratation, hyperthermie, augmentation ou baisse du rythme cardiaque, crises de tétanie, contraction ou dilatation des vaisseaux sanguins, intoxication aigüe, « bad trip » ;
- les troubles psychiques : angoisses, sensation d'étouffement, confusion, nervosité, crise de panique, phobie, délire, instabilité de l'humeur, hallucinations, aggravation ou révélation d'une maladie mentale, suicide.

La désinhibition provoquée par une substance psychoactive peut également entraîner des pertes de contrôle de soi avec des comportements de violence ou de passage à l'acte. D'autres complications peuvent apparaître en cas de consommation sur le long terme comme pour la dépendance au tabac et à l'alcool (troubles de l'appareil respiratoire et cardio-vasculaire, risques coronariens, maladie hépatique, cancer) ou entraîner des dommages sociaux.

L'association de plusieurs produits (la polyconsommation) en modifiant leurs effets, peut entraîner des risques plus graves pour la santé.

La « descente » s'accompagne presque toujours d'un état dépressif plus ou moins important en fonction du produit consommé. Elle peut parfois inciter à prendre un autre produit pour compenser le malaise induit par le phénomène de manque.

### 3.3. La polyconsommation (5)

La polyconsommation se définit comme une pratique toxicomaniaque où il y a association d'au moins deux substances psychoactives. C'est une pratique qui se retrouve plus fréquemment chez les populations marginales et dans les teknivals.

En addictologie, la polyconsommation permet à l'utilisateur de gérer ou de potentialiser les effets d'un produit psychoactif. Cette pratique est d'autant plus risquée que le consommateur s'expose à des dangers souvent méconnus.

### 3.4. Overdose (ou surdose)

D'après le Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance Addictovigilance : l'overdose vient du terme anglais « drug overdose » qui décrit l'administration d'une drogue ou autre substance en quantités supérieures à la quantité recommandée ou habituellement consommée. Cela peut survenir lors de la reprise de la drogue après une longue période d'abstinence, pendant laquelle le phénomène de tolérance a disparu. Ce terme est plus particulièrement utilisé pour les opiacés.

## 4. Principes généraux de la prise en charge des overdoses

La particularité de la prise en charge repose sur l'approche clinique qui doit être orientée en fonction des toxidromes (ensemble de signes cliniques, biologiques et/ou ECG évocateurs d'une intoxication) (5).

### 4.1. Recherche du toxique (6)

D'après les recommandations de 2006 des experts de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) la prise en charge d'une intoxication est essentiellement symptomatique et repose avant tout sur l'approche clinique. Le bilan biologique prime toujours sur l'analyse toxicologique.

L'analyse toxicologique peut avoir pour objectif d'identifier et/ou de doser le toxique ingéré afin de confirmer ou non l'hypothèse toxique, d'évaluer la gravité de l'intoxication ou de surveiller l'efficacité du traitement. Les analyses doivent être effectuées de préférence dans le sang, qui est le milieu biologique dans lequel la présence et la concentration d'un médicament ou d'une substance illicite sont les mieux corrélées à la toxicité (facteur de gravité ou facteur pronostique). L'analyse toxicologique dans les urines peut apporter des informations complémentaires au cours des 24 à 48 heures précédant le recueil.

L'analyse clinique détermine un toxidrome qui oriente vers la substance psychoactive utilisée :

- Opioides :

Euphorie puis baisse de la vigilance jusqu'au coma, myosis serré, dépression respiratoire, hypotension artérielle.

- Cocaïne, crack :

Tachycardie, mydriase, excitation, sueurs, hypertension puis délire avec hallucinations, labilité tensionnelle, hyperthermie, convulsions, troubles du rythme cardiaque, infarctus, AVC, coma.

- Amphétamines, ecstasy :

Euphorie, mydriase, hyperactivité puis nausées, sueurs puis hyperthermie, rhabdomyolyse, épuisement jusqu'au décès, hépatite toxique, troubles du rythme cardiaque.

- LSD :

Troubles cognitifs, hallucinations puis états psychotiques aigus, tachycardie, hypertension artérielle.

- Cannabis :

Tachycardie, labilité tensionnelle, euphorie. Possibilité d'accès de panique voire de psychose aiguë.

## 4.2. Prise en charge symptomatique (6)

La prise en charge des défaillances vitales est une urgence, elle ne doit pas être retardée par la réalisation d'examen complémentaires ni par la réalisation d'un traitement évacuateur et/ou épurateur.

### 4.2.1. Prise en charge neurologique

Un examen neurologique soigneux est indispensable pour évaluer la profondeur du coma et son évolution. L'évolution par le score de Glasgow apporte une aide à la décision d'intubation, qui ne doit pas, cependant, reposer sur ce seul score car il mésestime la gravité de l'intoxication en cas d'encéphalopathie toxique.

La glycémie capillaire et une bandelette urinaire (glycosurie, corps cétoniques) doivent être systématiques même si le contexte toxique est évident.

Quels que soient les signes de défaillance neurologiques (convulsions, AVC...), la prise en charge du sujet intoxiqué sera symptomatique, et sera la même que celle pratiquée chez un patient non intoxiqué.

### 4.2.2. Prise en charge respiratoire

La présence d'une bradypnée doit évoquer une intoxication aux opiacés, surtout en présence d'un myosis bilatéral. La naloxone est l'antidote pour réverser la dépression respiratoire en même temps qu'elle améliorera l'état de conscience. La dose initiale est nécessairement empirique. Après avoir corrigé une perturbation de l'hématose par une oxygénothérapie ou une ventilation au masque, on peut effectuer une injection intraveineuse lente par titration de 0,1 mg, à répéter toutes les 2-3 min pour obtenir une fréquence respiratoire supérieure à 12 cycles/min sans chercher l'éveil complet (risque de syndrome de manque). En cas d'échec après une dose cumulée de 2 mg, il faut rechercher une autre étiologie au coma. Une surveillance rapprochée est indispensable après l'injection initiale ainsi qu'une perfusion continue de naloxone pour éviter une remorphinisation secondaire.

Dans les autres situations, la prise en charge respiratoire est adaptée à l'état du patient, d'une simple oxygénothérapie à une éventuelle intubation oro-trachéale.

La surveillance sera minutieuse pour toutes les défaillances respiratoires dues à une overdose de produit psychoactif en raison du risque de défaillance hémodynamique (vasoplégie toxique), d'un possible barotraumatisme (cocaïne) ou d'un déséquilibre acido-basique.

#### 4.2.3. *Prise en charge circulatoire*

La réalisation d'un électrocardiogramme est systématique à la recherche d'un effet toxique direct ou d'une complication (métabolique) indirecte.

De même, il est impératif de savoir reconnaître les mécanismes de toxicité directe cardio-circulatoire des drogues illicites, mais aussi les effets indirects attendus (hypovolémie, hypoxie, troubles métaboliques...).

Un arrêt cardiaque, un collapsus ou un état de choc peut survenir très précocement et nécessitera une prise en charge immédiate non spécifique. Des examens complémentaires (invasifs ou non) pourront être demandés dans les cas les plus sévères pour orienter la prise en charge.

## 5. **Prise en charge après identification de la substance illicite (6)**

### 5.1. **Cocaïne et crack**

Il n'y a pas d'antidote spécifique pour les intoxications aiguës à la cocaïne.

Les benzodiazépines sont de première intention pour maîtriser les symptômes cardio-vasculaires et neurologiques (agitations, convulsions) de par leur effet sédatif, myorelaxant et anxiolytique.

Un refroidissement externe peut être nécessaire.

La prise en charge des symptômes cardio-vasculaires (HTA, syndrome coronarien aigu) peut nécessiter l'administration de dérivés nitrés, d'aspirine ne relèvent pas de traitements spécifiques (7).

Les médicaments potentiellement synergiques avec la cocaïne, comme les sympathomimétiques, les vasoconstricteurs, les antidépresseurs tricycliques, les anticholinestérasiques, les anesthésiques locaux, le pancuronium, la kétamine et la naloxone, doivent être évités.

### 5.2. **Les opiacés (6)**

Comme vu précédemment, la dépression respiratoire due aux opiacés sera traitée en première intention par une oxygénation invasive ou non et un essai de réversion par naloxone.

### 5.3. Le cannabis

La consommation de cannabis n'expose pas à un risque vital direct. Elle peut être évoquée en cas de tachycardie, d'une confusion, d'une euphorie et/ou d'une agitation psychomotrice.

### 5.4. L'ecstasy (6)

Il n'y a pas d'antidote ni de consensus quant à la prise en charge de l'intoxication à l'ecstasy. Sa consommation peut être à l'origine de syndrome sérotoninergique sévère, avec un risque de décès indépendant de la dose ingérée ou de l'ancienneté de la consommation. L'hyperthermie est constante dans les tableaux graves. Le confinement et l'effort physique liés à la fête favorisent ce risque. Le décès peut survenir dans un tableau d'hyperthermie maligne, de convulsions et de défaillance multiviscérale.

Tout comme la cocaïne, les benzodiazépines (effet sédatif) et les dérivés nitrés seront utilisés en première intention pour le contrôle de l'HTA.

Le traitement du syndrome sérotoninergique lié à l'ecstasy est essentiellement symptomatique (refroidissement externe, sédation, curarisation par des agents non dépolarisants, catécholamines et correction des troubles hydro-électrolytiques).

### 5.5. Le GHB

Il n'existe aucun antidote.

Le GHB est responsable d'un coma de courte durée (< 3 h), avec un risque de dépression respiratoire. La prise en charge est symptomatique.

## 6. Conclusion

La consommation de drogues illicites en France est un problème de santé publique qui touche toutes les classes socioprofessionnelles. La prise en charge préhospitalière ou en SAU d'un patient intoxiqué à des substances illicites est complexe du fait de la méconnaissance du ou des produits incriminés et de la répercussion systémique. La ligne de conduite doit être une prise en charge somatique et symptomatologique sans attendre une identification formelle de la substance psychoactive consommée. Tout coma ou état d'agitation inexplicé devra faire penser à une prise volontaire ou accidentelle de substances illicites. L'accueil de la personne sous l'emprise de substances illicites nécessitera une prise en charge multidisciplinaire au sein de nos établissements de santé : urgences, réanimation mais aussi accompagnement psychologique et social dans un second temps.

## Références

1. <http://www.drogues.gouv.fr/drogues-illicites/cannabis/index.html>
2. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbr6.pdf>
3. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf>
4. <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/index.html>
5. Beck F., Legleye S., Spilka S. Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. La presse médicale, Paris, Masson et Cie 2008 ; 37 (2) : 207-15.
6. Mégarbanea B., Donettib L., Blancc T., Chérond G., Jacobse F. Groupe d'experts de la SRLF, Intoxications graves par médicaments et substances illicites en réanimation, 2006.
7. Lapostolle F., Haouache H., Adnet F. Cardiotoxicité des drogues illicites, Urgences 2009, chapitre 38.