

COMMISSION NATIONALE DES STUPÉFIANTS ET DES PSYCHOTROPES

*Compte-rendu de la 88^{ième} réunion du 29 avril 2010
Adopté le 24 juin 2010*

LISTE DES PARTICIPANTS	2
1. DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS	3
2. ADOPTION DU COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION DU 18 FEVRIER 2009	3
3. ÉVALUATION DU POTENTIEL D'ABUS ET DE DÉPENDANCE DE LA MEPHEDRONE	4
4. RESULTATS 2009 DE L'ENQUETE OPEMA (Observatoire des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire)	8

LISTE DES PARTICIPANTS

ÉTAIENT PRÉSENTS

MEMBRES DE LA COMMISSION NATIONALE DES STUPÉFIANTS ET DES PSYCHOTROPES

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

M. HERSZKOWICZ, représentant le Directeur Général de la Santé,

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

Mme DORLÉAC, représentant le Directeur de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services,

M. JULIEN, représentant le Directeur des Sports,

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

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

M. JUNOD, représentant le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins,

Mme DURAND, représentant le Président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens,

- En qualité de personnalités choisies en raison de leur compétence en pharmacologie : M. MALLARET (Président), M. THIRION (Vice-Président),
- Mme DEBRUYNE (membre suppléant), Mme JOLLIET (membre titulaire), Mme LAPEYRE-MESTRE (membre titulaire),
- En qualité de médecin impliqué dans la prise en charge des addictions : M. BINDER (membre titulaire), M. MAGNIN (membre titulaire), M. KAMMERER (membre suppléant), M. POLOMENI (membre titulaire), M. QUESTEL (membre suppléant),
- En qualité de médecin impliqué dans la prise en charge de la douleur : M. SERRIE (membre titulaire), M. DONNADIEU (membre suppléant),
- En qualité de toxicologue analyste : M. GAULIER (membre suppléant),
- En qualité de pharmacien hospitalier : M. LAVAL (membre suppléant),
- En qualité de pharmacien d'officine : M. ROBINET (membre titulaire),
- En qualité de représentant de l'Académie de Pharmacie : M. LAMARCHE (membre titulaire),
- En qualité de représentant des organismes représentatifs des fabricants de produits pharmaceutiques : Mme SIBENALER (membre titulaire),
- En qualité de représentant des producteurs de matières premières stupéifiantes ou psychotropes : Mme AVRIL (membre titulaire).

SECRETARIAT DE LA COMMISSION

Mme COURNÉ, M. LUCAS, Mme MESSINA, Mme RICHARD.

ÉTAIENT EXCUSÉS

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

Mme MOUCHEL, représentant le Directeur des affaires criminelles et des grâces,

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

Mme GUILLEMER, représentant le Directeur Général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments,

Mme LAINÉ-CESSAC, Vice-présidente de la Commission nationale de pharmacovigilance,

Mme ARDITTI, représentant le réseau de Toxicovigilance,

M. BORDET, Mme GIBAJA, M. KARILA, M. QUENEAU, M. MONTASTRUC.

1. DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucune situation de conflit d'intérêts important, susceptible de faire obstacle à la participation des membres et experts à la délibération, n'a été identifiée, ni déclarée, au cours de la séance de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes du 29 avril 2010 pour les points 3 et 4 de l'ordre du jour.

2. ADOPTION DU COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION DU 18 FEVRIER 2009

Le compte-rendu de la réunion du 18 février 2009 est adopté à l'unanimité des membres présents sous réserve de la modification suivante :

- Page 20 : dans la conclusion, remplacer « Le partage de matériel reste toujours important chez les jeunes précaires et parmi de nouvelles populations de jeunes désaffiliés méconnaissant la réduction des risques. » par « La prise de risque en cas d'injection augmente avec le partage de matériel qui reste toujours important chez les jeunes précaires et parmi de nouvelles populations de jeunes désaffiliés méconnaissant la réduction des risques ».

3. ÉVALUATION DU POTENTIEL D'ABUS ET DE DÉPENDANCE DE LA MEPHEDRONE

La méphédronne ou 4-méthylmethcathinone est une drogue de synthèse dérivée de la cathinone qui est la principale substance active du khat. Elle a été identifiée pour la première fois en 2008 en Finlande.

En février 2010, les données concernant la méphédronne recueillies par l'OEDT (Observatoire européen des drogues et toxicomanies) et EUROPOL ont été suffisamment importantes pour lancer une procédure de recueil d'information auprès de l'ensemble des pays européens dans le cadre de l'échange d'informations, de l'évaluation des risques et du contrôle des nouvelles substances psychoactives (Décision 2005/387 JAI du Conseil de l'Union européenne).

Présentation du rapporteur

1. Identification de la substance

La méphédronne, aussi appelée 4-méthyléphedrone, 4-méthylmethcathinone ou 4-MMC appartient à la famille des cathinones substituées. Cette classe chimique comprend des substances stimulantes, entactogènes et psychédéliques.

La méphédronne a été identifiée pour la première fois en Finlande en mars 2008. Plusieurs noms de rue lui sont attribués : MMCAT, MEOW (meow), Miaou (miaou) et M-cat.

2. Chimie

La méphédronne se présente sous forme de poudre blanche. La cathinone, chef de file de la famille des cathinones, est un alcaloïde d'origine naturelle. Elle se différencie de l'amphétamine par une fonction cétone sur la chaîne aliphatique.

3. Pharmacologie générale

La cathinone est la principale substance psychoactive des feuilles de khat qui agit en libérant les catécholamines (adrénaline, noradrénaline, dopamine) des sites de stockage présynaptiques et en inhibant leur recapture. Elle possède des propriétés neuropharmacologiques considérées comme étant très proches de celles de l'amphétamine.

Il n'existe pas d'étude publiée portant spécifiquement sur la pharmacologie de la méphédronne ou visant à évaluer ses effets chez l'Homme. Il n'existe également aucune étude réalisée chez l'Animal qui permettrait d'extrapoler les effets de la méphédronne chez l'Homme. Cependant, des similitudes ont été montrées entre la relation de structure-activité des analogues de l'amphétamine et d'autres analogues de la cathinone chez le Rat.

Ainsi, l'évaluation de la méphédronne est fondée sur l'observation de ses effets chez les consommateurs.

La méphédronne est généralement consommée par voie orale ou nasale. Un cas d'injection intra-musculaire a été publié (Wood et al., 2010). Une consommation concomitante d'alcool est souvent soulignée. Elle produit des effets décrits comme étant intermédiaires entre ceux de la MDMA (ecstasy), des amphétamines et de la cocaïne. Les effets recherchés sont l'euphorie, l'excitation, une hyperactivité, l'envie de parler, de se confier, une grande sociabilité et une énergie augmentée.

4. Toxicologie

Outre les effets recherchés lors de la consommation de méphédronne, les usagers décrivent des effets négatifs agissant à plusieurs niveaux.

Les effets rapportés sont :

- au niveau du système nerveux central : des hallucinations, des maux de tête, des insomnies, des angoisses, de l'anxiété et une paranoïa.
- au niveau du système cardiovasculaire : une tachycardie, des palpitations, une vasoconstriction périphérique (lèvres, visage, paumes des mains, extrémités des mains et pieds bleus et froids).

Divers autres effets sont décrits : nausées, vomissements, diarrhée, sécheresse de la bouche, perte d'appétit ; fluctuations de température, sueurs froides ; bruxisme ; respiration accélérée, douleurs articulaires ; saignements de nez (irritation lors de l'administration nasale) ; pupilles dilatées ; difficultés à uriner ; problèmes sexuels.

La prise de méphédronne est suivie d'une phase de « descente » pénible durant près de 2 jours avec des difficultés à se concentrer, une grande fatigue, des palpitations, des maux de tête (« décharges électriques ») et des crises d'angoisse.

Les effets à long terme de la consommation de méphédrone ne sont pas encore décrits.

Plusieurs cas graves ont été rapportés :

- en décembre 2008, une jeune femme de 18 ans est décédée en Suède suite à une consommation de méphédrone et de cannabis.
- une vingtaine de cas d'intoxication et de décès attribués à une prise de méphédrone a été rapportée au Royaume Uni. La méphédrone a été identifiée dans certains des prélèvements biologiques *post mortem* des victimes.

5. Pharmacocinétique

Les seules données disponibles concernent une étude faite chez le Rat et l'Homme sur le métabolisme de la méphédrone. Cette dernière subit une N-déméthylation, une réduction de la fonction cétone en alcool et une oxydation du méthyl sur le cycle en –CH₃OH puis –COOH.

Les activités des métabolites ne sont pas connues mais leur détection dans les urines permet d'identifier une prise de méphédrone.

6. Potentiel de dépendance

Il n'existe pas d'étude expérimentale portant spécifiquement sur la méphédrone. Cependant, une étude montre que certaines cathinones avaient des effets « amphétamine-like » chez le Rat.

De plus, la méphédrone est ressentie par les usagers comme ayant un fort potentiel de dépendance et appelant à augmenter la consommation d'alcool et de tabac.

7. Epidémiologie de l'usage et de l'abus de la méphédrone

En 2008 et 2009, plusieurs saisies de quelques kilos de méphédrone (poudre) ou de quelques milliers de comprimés ont été faites en Suède, Finlande, Hollande et au Royaume-Uni. Un laboratoire clandestin de conditionnement a également été découvert aux Pays-Bas.

De plus petites quantités ont été saisies en France, Estonie, Italie, Hongrie et Belgique. La méphédrone est donc un produit qui circule actuellement dans toute l'Europe.

La méphédrone est attractive en tant que telle ou présentée comme alternative « légale » à la cocaïne ou aux amphétamines.

7.1 Données des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance)

Avant janvier 2010, la méphédrone n'avait fait l'objet d'aucun signalement. Depuis, 7 cas de consommation ont été signalés au réseau des CEIP :

- Un homme présente une logorrhée 48h après une consommation de méphédrone par voie orale.
- Un jeune homme rapporte une consommation de méphédrone par voie nasale (« sniff ») en association avec de la cocaïne, de l'alcool, de la caféine et de la pseudoéphédrine. Il a perdu 17 kilos en 1 an et demi.
- Un jeune homme a eu un accident de la circulation, après avoir « sniffé » une poudre contenant de la méphédrone.
- Un homme de 35 ans, utilisant de la méphédrone par voie nasale de façon répétée pour diminuer les symptômes d'abstinence à la cocaïne, arrête cette consommation pour douleurs nasosinusiennes.
- Une femme de 30 ans évoque des effets ambivalents positifs/négatifs après une prise de méphédrone.
- Un homme de 32 ans ayant l'expérience de la cocaïne et du GBL (Gammabutyrolactone), décrit des effets très euphorisants et entactogènes compliqués d'un syndrome confusionnel aigu avec des éléments dépressifs après une prise de méphédrone par voie nasale.
- Un homme de 34 ans avec une dépendance à la cocaïne et consommant du GHB (Gammahydroxybutyrate) rapporte des effets positifs après une prise de méphédrone par voie nasale puis une aggravation de la consommation de cocaïne et d'alcool.

7.2 Données du Service commun des Laboratoires (Douanes et Répression des fraudes)

La méphédrone a été identifiée en 2009 lors d'une saisie douanière de divers échantillons contenant des stupéfiants et, en 2010, dans des sachets saisis de poudre vendue comme engrais.

7.3 Données OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) dans le cadre du dispositif SINTES (Système d'identification Nationale des toxiques et substances)

La consommation de méphédrone a été évoquée la première fois à la fin de l'année 2008 à Metz.

Elle a été identifiée pour la première fois lors d'une collecte auprès d'un usager à Paris à la fin de l'année 2009. Depuis, 6 autres échantillons ont été collectés auprès de consommateurs. Trois étaient présentés comme de la MDMA, 2 comme de l'amphétamine et 1 comme « MPK », une appellation inconnue jusque là.

8. Nature et ampleur des problèmes de santé publique

A ce jour, la méphédronne est une substance largement répandue en Europe. Une centaine de groupes Facebook lui sont dédiés. Vendue comme un engrais (« plant food ») avec la mention « non destiné à la consommation humaine », sa large diffusion peut être expliquée notamment par l'absence de son contrôle, sa nouveauté et par son faible coût.

9. Mesures de contrôle national

Au niveau national, la méphédronne ne fait l'objet d'aucun contrôle particulier.

10. Utilisation thérapeutique et industrielle

En France, la méphédronne n'est pas connue comme substance active ou intervenant dans la synthèse d'une spécialité pharmaceutique. De plus, aucune utilisation industrielle n'est connue à ce jour.

11. Production, consommation et commerce international

La méphédronne est disponible depuis 2007. En très peu de temps, la méphédronne serait devenue la plus populaire des cathinones synthétisées. Actuellement, plusieurs sites Internet d'approvisionnement existent et sont basés en Chine, Royaume uni, Cameroun, Australie, Allemagne, Turquie, Russie, Ukraine, Hong-Kong, Hongrie, Thaïlande...et en France.

12. Fabrication et commerce illicites

La méphédronne n'étant pas un produit contrôlé, il n'existe aucune donnée concernant la fabrication ou la commercialisation illicite de la substance.

13. Mesures actuelles de contrôle international et leur impact

En Europe, la méphédronne a un statut différent selon les pays.

Elle est contrôlée selon la législation des stupéfiants au Danemark (décembre 2008), en Estonie (novembre 2009), en Allemagne (janvier 2010), en Roumanie (février 2010) et au Royaume Uni (avril 2010).

Elle est réglementée selon la législation sur les médicaments en Finlande et aux Pays-Bas.

Aux Etats-Unis, elle est non classée mais illégale au Dakota du nord. En Israël, elle a été classée comme stupéfiant en 2008.

Des mesures de contrôle sont à l'étude dans d'autres Etats.

Conclusion

La méphédronne circule de plus en plus en Europe et a fait son apparition sur le territoire national justifiant l'étude de son classement comme stupéfiant en France. C'est un produit d'accès facile et moins coûteux que les « drogues classiques ».

Il n'y a pas d'études expérimentales publiées mais les effets sont bien décrits par les usagers. La méphédronne présente des propriétés psychoactives stimulantes comparables à celles des autres stimulants de la classe des cathinones, de l'amphétamine et de la cocaïne. De nombreux effets négatifs ont été rapportés par les usagers qui considèrent que ce produit a un potentiel de dépendance important. De plus, plusieurs décès attribués à la méphédronne ont été signalés, où la méphédronne était présente dans certains des prélèvements biologiques *post mortem*.

Ce produit est non connu, en France, comme substance active ou intervenant dans la synthèse d'une spécialité pharmaceutique. Il ne figure ni sur la liste des substances vénéneuses, ni sur celle des stupéfiants et psychotropes, ni sur celle des précurseurs.

Compte tenu des données présentées, notamment des effets psychoactifs, du potentiel d'abus et de dépendance et des données toxicologiques, le rapporteur propose un classement comme stupéfiant au niveau national soit de la méphédronne uniquement soit de toutes (ou une partie) des cathinones substituées connues.

Commentaires de la Commission

Les membres de la Commission adhèrent aux propositions du rapporteur.

La Commission est favorable à la proposition de classement de la méphédrone en tant que stupéfiant. Concernant l'ensemble des cathinones, le manque d'éléments pharmacologiques et toxicologiques concernant toutes les cathinones rend difficile le classement générique de ces substances.

Avis de la Commission

Compte-tenu des données disponibles relatives aux effets psychoactifs, au potentiel d'abus et de dépendance et à la toxicité ainsi que des données épidémiologiques concernant l'usage de la méphédrone, la Commission propose à l'unanimité des membres présents, moins une abstention, l'inscription de la méphédrone sur la liste des stupéfiants.

La Commission souhaite également que la surveillance de l'utilisation de la méphédrone et de ses effets soit poursuivie. Par ailleurs, la Commission demande une surveillance des autres cathinones et une évaluation de ces substances.

Addendum : La ministre de la Santé et des Sports a classé comme stupéfiant la 4-méthylmethcathinone ou méphédrone et ses sels, par arrêté du 7 juin 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants, publié au Journal officiel du 11 juin 2010.

4. RESULTATS 2009 DE L'ENQUETE OPEMA (Observatoire des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire)

L'enquête OPEMA (Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoires) a pour but d'améliorer les connaissances et le suivi :

- des caractéristiques sociodémographiques des patients usagers de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage thérapeutique, pris en charge en médecine ambulatoire ;
- de leurs consommations de substances illicites et de médicaments psychotropes ;
- de leurs pathologies somatiques associées.

Il s'agit d'une enquête nationale, multicentrique, réalisée auprès d'un réseau de médecins généralistes (MG) animé par les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), sous la coordination du centre associé du CEIP de Marseille. Les notifications anonymes sont recueillies durant le mois de novembre.

L'objectif global était d'inclure 600 à 1000 patients pour l'ensemble des 11 CEIP, étant précisé que 100 inclusions par CEIP étaient financées.

La participation des médecins généralistes et l'inclusion des patients se répartissent par CEIP comme suit :

CEIP	MG actifs (N)	Patients inclus (N)
Bordeaux	8	151
Caen	4	13
Grenoble	10	52
Lille	4	16
Lyon	1	28
Marseille	18	151
Montpellier	1	5
Nancy	9	87
Nantes	6	40
Paris	6	34
Toulouse	14	58
Total	81	635

1. Caractéristiques des sujets inclus

Le nombre de patients inclus est de 628 (les médecins généralistes ont procédé à l'inclusion de 635 de leurs patients ; parmi ces inclusions, 7 n'ont pas été validées).

La répartition selon le sexe est de 28% de femmes (n=177), dont 5,6% enceintes ou ayant accouché au cours des 12 derniers mois (n=10).

La moyenne d'âge est de 38,0 +/- 10,4 ans.

2. Usage de substances psychoactives

En 2009, 83% des sujets inclus ont déjà fait l'objet d'une prise en charge antérieure pour un problème lié à la consommation de substances psychoactives.

L'analyse des modalités d'usage montre que :

- 54% (n=312) des sujets inclus ont déjà eu recours à la voie intraveineuse (IV) au cours de leur vie ;
- 9% (n=59) des sujets inclus déclarent un usage de drogues par voie IV dans la semaine qui a précédé leur inclusion ;
- 8% (n=53) des sujets inclus déclarent un usage de drogues par voie nasale dans la semaine qui a précédé leur inclusion.

Selon les enquêteurs, 18% (n=107) des sujets inclus présentent une dépendance alcoolique et 86% (n=514) sont consommateurs de tabac, dont 63% (n=352) fumant plus de 10 cigarettes par jour.

3. Etat de santé

- 27% des sujets inclus présentent un état bucco-dentaire négligé

- 39% ont eu une vaccination complète contre le virus de l'hépatite B (VHB)
- **Statuts sérologiques :**
 - 30% des sujets inclus sont séropositifs au **VHC** (virus de l'hépatite C), (statut sérologique inconnu pour 17%)
 - 7% des sujets inclus sont séropositifs au **VIH** (virus de l'immunodéficience humaine) (statut sérologique inconnu pour 13%)
- **Comorbidités psychiatriques :**

	N	%
Troubles anxieux et troubles dépressifs	205	37
Troubles de la personnalité et assimilés	81	15
Troubles psychotiques et délirants	33	6
Troubles des conduites alimentaires	19	3
Autres	5	1
Pas de comorbidités psychiatriques	206	37
Ne sait pas	8	1

- **Principaux troubles somatiques** pouvant être en rapport avec l'usage de substances psychoactives :

	N
Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive	9
Cirrhose	9
Abcès	4
Cancer du poumon	4
Artériopathie oblitérante des MI	3
Oedèmes des mains et des avant-bras	2
Lymphoedème des membres inférieurs	2
Ulcération de jambe	2

4. Premiers produits psychotropes consommés et ayant entraîné une dépendance

- **Premier produit psychoactif consommé :**

Le premier produit psychoactif a été consommé en moyenne à l'âge de 19,3 ans (+/- 8,4).

Il s'agit :

- d'une substance psychoactive illicites pour 79% des sujets inclus :
 - 52% cannabis
 - 22% héroïne
 - 3% cocaïne
- d'un médicament pour 17 % des sujets inclus :
 - 10% benzodiazépines
 - 2% antidépresseurs
 - 1% buprénorphine haut dosage
- d'une autre substance psychoactive pour 4% des sujets inclus.

- **Premier produit psychoactif ayant entraîné une dépendance :**

Le premier produit psychoactif ayant entraîné une dépendance a été consommé en moyenne à l'âge de 21,9 ans (+/- 7,8).

Il s'agit :

- d'une substance psychoactive illicite pour 81% des sujets inclus :
 - 7% cannabis
 - 72% héroïne
 - 2% cocaïne
- d'un médicament pour 15 % des sujets inclus
 - 8% benzodiazépines
 - 2% buprénorphine haut dosage

5. Consommations de psychotropes non opiacés

- Sujets consommateurs de **psychotropes non opiacés** :

	N	%
Consommateurs de benzodiazépines	174	28%
Consommateurs d'antidépresseurs	64	10%
Consommateurs d'autres tranquillisants	33	5%
Consommateurs de neuroleptiques	28	4%

- **Benzodiazépines** les plus consommées :

Rang	Molécule	N	%
1	Flunitrazépam (7ème en 2008)	29	15%
2	Bromazépam	29	15%
3	Zolpidem	22	11%
4	Zopiclone	19	10%
5	Alprazolam	17	9%
6	Oxazépam	15	8%
7	Diazépam (1er en 2008)	14	7%
8	Clorazépate dipotassique	11	6%
9	Clonazépam	10	5%
10	Lormétazepam	6	3%

6. Sujets consommateurs de psychotropes opiacés

	N	%
Consommateurs de Buprénorphine Haut Dosage (BHD)	349	56%
Consommateurs de méthadone	169	27%
Consommateurs de médicaments codéinés	4	1%
Consommateurs d'autres médicaments opiacés	18	3%

7. Détournement d'usage des médicaments

- 7 % des sujets inclus obtiennent des médicaments illégalement
- 18 % des sujets inclus consomment des doses supérieures aux posologies recommandées dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché.

8. Les médicaments de substitution

- **83 % des sujets inclus sont** sous protocole de substitution (**n=519**)
- **Médicaments de substitution (selon les médecins généralistes) :**

	N	%
BHD (Subutex®, BHD Arrow®, BHD Mylan®)	345	67%
Méthadone	167	32%
Autres médicaments (Dicodin®, Moscontin®, Skénan®)	7	1%

- Parmi les sujets traités sous méthadone (169 patients) :
 - 26% sont traités par méthadone gélule (n=44);
 - 73,4% sont traités par méthadone sirop (n=124) ;
 - 0,6% est traité par méthadone obtenue en Belgique (n=1).
- Parmi les patients traités sous buprénorphine haut dosage (345 patients) :
 - 256 sont traités par le princeps ;
 - 94 sont traités par les génériques.

Ainsi, 26,7% des patients sont traités par les génériques de buprénorphine ce qui est cohérent avec la part des génériques vendus par rapport au princeps en France.

9. Consommateurs de drogues illicites (n=117):

- 15% consomment du cannabis (n=94);
- 6% consomment de l'héroïne ou du speed ball (mélange héroïne et cocaïne) (n=34) ;
- 5% consomment de la cocaïne ou du crack (n=30).

Commentaires de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes

L'enquête OPEMA constitue un outil nécessaire pour l'évaluation de l'abus et de la dépendance puisqu'il permet d'obtenir des données sur les patients pris en charge par la médecine générale et leur consommation de substances psychoactives. Il serait intéressant de distinguer les patients ayant un usage problématique d'une substance de ceux présentant une dépendance au long cours.

Un membre suggère de distribuer une fiche aux médecins participant à l'enquête afin qu'ils puissent communiquer leurs commentaires et propositions.

Un autre membre souligne la difficulté de mobiliser les médecins généralistes pour participer aux enquêtes.

L'enquête OPEMA, comme tous les outils des CEIP sera renouvelée en 2010.