

SYNTHÈSE THÉMATIQUE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Présentation

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

- les anxiolytiques : ils diminuent l'angoisse 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 : 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) ;
- les psychostimulants : méthylphénidate (Ritaline®) et modafinil (Modiodal®).

La prise de ces médicaments ne relève pas, dans la grande majorité des cas, de pratiques toxicomaniaques, 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®] ou le méthylphénidate [Ritaline®]) 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 la conscience d'une personne, 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

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. Les usagers de drogues en contact avec le système sanitaire ou social acquièrent eux aussi des benzodiazépines (BZD) principalement par prescription (de 71 % à 95 % selon la molécule). Le flunitrazépam (Rohypnol®) et le clonazépam (Rivotril®) font exception : bien que ces molécules aient été peu signalées, respectivement 48 % et 64 % des usagers se les procurent prioritairement sur le marché noir en 2012. Ils font d'autant plus appel au marché de rue, alimenté par la revente de médicaments prescrits, que l'accès aux molécules est contrôlé ou que la substance est davantage mésusée. L'application d'un cadre strict de prescription et de délivrance du flunitrazépam a d'abord entraîné, à partir de 2001, un report sur le clonazépam. Depuis septembre 2013, le flunitrazépam n'est plus commercialisé. A la suite de modifications des règles de prescription du clonazépam en 2011 (ordonnances sécurisées, prescriptions initiales réservées aux pédiatres et neurologues), sa disponibilité décroît aussi sur le marché parallèle.

L'obtention des médicaments psychotropes par ordonnance falsifiée semble marginale. Cependant, la plupart des médicaments ainsi détournés sont des psychotropes. Parmi les 10 premiers, on retrouve 8 BZD ou apparentées, les plus concernés étant le zolpidem (Stilnox® ou génériques), le bromazépam (Lexomil® ou génériques) et l'alprazolam (Xanax® ou génériques) [3].

Si le marché parallèle de médicaments peut être bien visible dans certaines zones des grandes villes, les services de police et de gendarmerie ne repèrent pratiquement pas de trafic réellement organisé de médicaments psychotropes non opiacés. Aucune information ne permet de connaître le poids du commerce de médicaments sur Internet. Cette voie d'approvisionnement n'est quasiment pas utilisée par les usagers des CSAPA [2].

Observations locales

En 2011-2012, le site marseillais reste atypique du fait de l'importance des usages locaux de médicaments psychotropes non opiacés : benzodiazépines, antiparkinsoniens (Artane® ou Akineton®), peu présents ailleurs en France métropolitaine, mais également

Ritaline[®], médicament amphétaminique dont la prescription est règlementairement restreinte. Le détournement de la Ritaline[®] parmi les usagers de drogues précaires, depuis son émergence en 2004, reste une spécificité du sud-est de la France (région de Marseille et de Nice) [4, 16].

Le flunitrazépam (Rohypnol[®])

Depuis 2001, du fait des nouvelles dispositions prises par les pouvoirs publics encadrant plus strictement la prescription du Rohypnol[®], la disponibilité du médicament a diminué sur le marché parallèle des grands centres urbains. En 2011-2012, avant l'arrêt de la commercialisation du flunitrazépam en 2013, le site de Marseille, principal site qui rapporte encore l'existence d'un marché parallèle un tant soi peu significatif, décrit une disponibilité en baisse. Ailleurs, on décrit des disponibilités occasionnelles ou sa quasi-disparition du marché. [16] [4]

Le clonazépam (Rivotril[®]) et diazépam (Valium[®])

Entre 2003 et 2006, le développement de l'usage détourné de Rivotril[®] sur 4 sites laissait présager une disponibilité accrue, en remplacement du Rohypnol[®], dans le spectre des consommations des usagers de drogues. Mais en 2008, le mésusage de ce médicament ne paraissait plus significatif qu'à Paris [5]. En 2011-2012, les différents sites rapportent une disponibilité en baisse du Rivotril[®], remplacé par le Valium[®] [16].

Le trihexyphenidyle (Artane[®])

Depuis l'existence du dispositif TREND, la présence de l'Artane[®] sur le marché parallèle est rapportée principalement par deux sites : Marseille et Paris. Son image est très négative à cause de ses effets secondaires. Sa disponibilité est en baisse en 2011-2012 [16].

Consommation

En population adolescente

En 2011, parmi les jeunes scolarisés de 16 ans, l'expérimentation des médicaments psychotropes n'est pas négligeable : 19 % déclarent avoir déjà pris des tranquillisants ou des somnifères, les filles plus souvent que les garçons (23 % contre 14 %). Autant de jeunes déclarent avoir pris ces médicaments sur ordonnance que sans ordonnance. La première prise survient vers 14 ans lorsque ces médicaments sont consommés sans ordonnance. À 16 ans, 7 % des jeunes Français ont expérimenté la prise concomitante de médicaments et d'alcool « pour planer ou se défoncer » [6].

Chez les jeunes de 17 ans, 16 % ont déjà pris au cours de leur vie des Tranquillisants, 13 % des Somnifères et 6 % des antidépresseurs. Les filles sont davantage concernées par l'usage de ces médicaments.

Les médicaments consommés n'ont pas toujours été prescrits à l'utilisateur par un médecin: chez les 17 ans, environ 50% des médicaments ne proviennent de la prescription médicale. Ce taux est bien plus élevée chez les garçons relativement aux filles [7].

Les médicaments consommés n'ont pas toujours été prescrits à l'utilisateur : chez les 17 ans, c'est l'un des parents qui propose le médicament dans 27 % des cas, alors que 11 % l'ont pris de leur propre initiative [7, 8].

En population adulte

En 2010, 18 % des 18-75 ans déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois (10 % ont consommé un anxiolytique au cours de l'année, 6 % un hypnotique, 6 % un antidépresseur, 0,7 % un régulateur de l'humeur et 0,9 % un neuroleptique), en hausse de 3 points par rapport à 2005. L'usage est nettement plus important chez les femmes (23 % contre 13 % chez les hommes) et augmente fortement avec l'âge chez ces dernières, progressant de 11 % dans la classe d'âge 18-25 ans à 33 % dans celle des 64-74 ans pour régresser ensuite. Chez les hommes, il atteint un pic à 18 % chez les 45-54 ans, pour stagner ensuite aux alentours de 14 % [9].

En 2012, environ 11,5 millions de Français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine. Ils ont en moyenne 56 ans et 64,2 % sont des femmes. L'alprazolam (Xanax®) est la benzodiazépine la plus consommée.

En Europe

La consommation de médicaments psychotropes en France est l'une des plus importantes d'Europe. 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 [10].

Conséquences

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'impact sur la santé publique de la consommation de médicaments psychotropes dans la population française (accidents, santé des personnes âgées, prévalence de la dépendance en population générale...) est très peu documenté. L'étude des risques liés à

ces consommations se trouve limitée par les biais d'indication (pathologie qui a nécessité la prescription) ou par les autres facteurs de risques retrouvés chez les usagers dépendants ou « abuseurs » [10].

Des situations à risque peuvent survenir chez les consommateurs de médicaments psychotropes, liées essentiellement aux possibles baisses de vigilance. L'importance du risque dépend de plusieurs facteurs : molécule (surtout benzodiazépines), individu, temps passé depuis la dernière prise, association avec d'autres psychotropes (alcool en particulier), caractère occasionnel ou chronique de la prise. Cependant, l'impact et le risque n'ont pas été mesurés en France.

Chez les personnes âgées, plus fragiles et déjà particulièrement soumises aux risques liés aux associations médicamenteuses, la prescription de médicaments psychotropes augmenterait la fréquence des chutes et des fractures et pourrait altérer le fonctionnement intellectuel. Faisant le constat qu'au-delà de 70 ans, une personne sur deux consomme de façon prolongée des anxiolytiques ou des hypnotiques (2 fois plus chez les femmes), la Haute autorité de santé a proposé en 2007 un ensemble d'actions concertées afin d'améliorer la prescription de médicaments psychotropes dans cette population [11].

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 [10].

En 2012, le premier produit psychoactif (substances illicites ou médicament) ayant entraîné une dépendance est une benzodiazépine ou apparenté pour 11 % des sujets inclus dans l'enquête d'observation des pharmacodépendances menée auprès de médecins généralistes libéraux volontaires trouve une benzodiazépine (OPEMA). Le bromazépam et le zolpidem sont les deux benzodiazépines les plus consommées dans cette enquête, tandis que le flunitrazépam présente le plus d'indicateurs de détournement [12].

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 des laboratoires de pharmacologie et/ou de toxicologie. L'association de médicaments psychotropes est retrouvée dans près d'un tiers des cas en 2010 [13].

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 2012, ils sont ainsi impliqués dans la majorité des cas de soumission chimique avec une prédominance du clonazépam (Rivotril®), du zolpidem (Stilnox® ou génériques) et du bromazépam (Lexomil®) : 10 cas ont été signalés pour chacun de ces médicaments [14].

En 2010, 376 usagers de médicaments et 198 trafiquants ont été interpellés par les services répressifs [15].

Cadre légal et orientations publiques récentes

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 stupéfiants et les médicaments psychotropes sont assujettis à une réglementation spécifique portant sur leur production, leur commercialisation, leur prescription et leur délivrance. Ils font partie des « substances vénéneuses », délivrées exclusivement sur ordonnance médicale. Cette qualification légale recouvre également les listes I et II des substances destinées à un usage curatif ou préventif, jugées comme dangereuses (I) ou potentiellement dangereuses (II). 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.

À titre illustratif, la méthadone et la buprénorphine, toutes deux indiquées pour le traitement substitutif de la dépendance aux opiacés, relèvent d'un régime juridique différent. La liste des médicaments stupéfiants comprend notamment les analgésiques morphiniques forts (par exemple, Skenan[®] et Moscontin[®]), la Ritaline[®] et la méthadone. La liste I inclut, entre autres, des analgésiques opioïdes faibles (Dicodin[®]), des anxiolytiques (comme le Valium[®] et le Tranxène[®]) et la buprénorphine haut dosage (Subutex[®] et ses génériques).

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 et 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). Certaines benzodiazépines sont également délivrées sur ordonnance sécurisée, comme le Rivotril® (antiépileptique) depuis septembre 2011 ou, plus anciennement le Tranxène® (anxiolytique).

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 traitements de substitution aux opiacés à base de buprénorphine haut dosage ou de méthadone, ainsi que 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 (cas de la buprénorphine) 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

- [1] Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, *Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. Saint Denis, ANSM, décembre 2013.
- [2] CEIP de Marseille, *OPPIDUM, Principaux résultats de l'enquête n°24*, octobre 2012 Saint-Denis, ANSM, 2013.
- [3] CEIP de Toulouse, *Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible (OSIAP), résultats de l'enquête 2012* Saint-Denis, ANSM, 2013, 5 p.
- [4] Cadet-Tairou A., Gandilhon M. et Lahaie E., Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) *Tendances*, n°78, 2012, 6 p.
- [5] Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A. et Toufik A., *Drogues et usages de drogues en France : état des lieux et tendances récentes 2007-2009* Saint-Denis, OFDT, 2010, 280 p.
- [6] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et Kraus L., *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries* Stockholm, CAN, 2012, 390 p.
- [7] 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.
- [8] Cadet-Tairou A. et Brisacier A.C., « Médicaments psychotropes non opiacés » dans OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 258-265.

[9] Beck F., Gautier A., Guignard R. et Richard J.B., « Consommations de médicaments psychotropes en population générale. Données du Baromètre santé », dans *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances* Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2012, pp. 38-43.

[10] INSERM, *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances* Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2012, 586 p.

[11] Haute Autorité de Santé (HAS), *Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées*, version courte Saint-Denis, HAS, 2007, 18 p.

[12] CEIP de Marseille, *Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire (OPEMA), enquête n°4, 2012* Saint-Denis, ANSM, 2013, 6 p.

[13] CEIP de Grenoble, *Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS) 2010* Saint-Denis, ANSM, 2013, 4 p.

[14] CEIP-A, *Enquête nationale sur la soumission chimique, résultats de l'enquête 2012* Saint-Denis, ANSM, 2013, 5 p.

[15] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), données 2010 à 2012, non publiées

[16] OFDT, *Rapports des sites locaux du dispositif TREND, 2011-2012.*

[17] Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014 Tendances*, n°99, 2015, 8 p.

Repères législatifs et réglementaires

- **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

Dernière mise à jour : juin 2015