



**Déclaration obligatoire d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou tout autre produit ayant un effet psychoactif mentionné à l'article R.5219-2 du code de la santé publique**

PHARMACODEPENDANCE

Articles R. 5219-1 à R. 5219-15 du code de la santé publique

*Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Le droit d'accès du patient s'exerce auprès du centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance auquel a été notifié le cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave, par l'intermédiaire du praticien déclarant ou de tout médecin déclaré par lui. Le droit d'accès du praticien déclarant s'exerce auprès du centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance auquel a été notifié le cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978.*

DECLARATION A ADRESSER AU : Centre de Pharmacodépendance
CACHET du praticien déclarant

**PATIENT**

Nom (3 premières lettres) ..... Prénom (3 premières lettres) ..... Département de résidence .....

Age réel/estimé ..... ans      Sexe F ~      M ~      Poids       Taille   
(barrer la mention inutile)

Activité professionnelle      Oui ~ (y compris lycéens, étudiants)      Préciser : .....  
Non ~      Préciser : .....

Situation familiale :      Seul ~      Entouré ~      Enfants à charge ~

**Antécédents**

- **Antécédents médicaux, sérologiques, psychiatriques, etc :**
  
- **Antécédents d'abus ou de dépendance :** (préciser antécédents : consommation d'alcool ; tabac ; opiacés ; cannabis ; stimulants ; etc... quantités consommées par jour et ancienneté)

**Description clinique**

(être aussi complète que possible ; détailler le mode d'utilisation, par exemple association systématique à l'alcool, etc.)

**Gravité :**

- ~ Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation
- ~ Incapacité ou invalidité permanente
- ~ Mise en jeu du pronostic vital
- ~ Décès

**Evolution :** (si connue)

- ~ décès, préciser date : .../.../....      et cause :
- ~ hospitalisation, préciser date : .../.../....
- ~ séquelles, préciser :
- ~ sevrage, préciser date : .../.../....
- ~ autre, préciser : .....

(Si suivi prévu par un autre médecin, préciser ses coordonnées) :

**Médicaments (1) ou autres produits : (consommés actuellement ou arrêtés récemment)**

Nom	Voie d'administration (2)	Posologie (3)	Date de début	Date de fin	Commentaires (4)	Effets recherchés

- (1) y compris traitements de substitution
- (2) préciser voie orale, IV, nasale, inhalation, autre
- (3) préciser posologie ou quantité moyenne par prise, par jour ou par semaine si consommation occasionnelle. Noter si augmentation récente de posologie (6 derniers mois)
- (4) préciser la forme utilisée (aérosol, ampoule, buvard, comprimé, décoction, feuille, graine, poudre, résine, etc.)

**Mode d'obtention :**

~ prescription (motif à préciser) : ..... ~ autre (à préciser) : .....

**Dosages, recherche de produits éventuellement consommés :**

Date	Produit recherché	Prélèvement biologique	Résultat

**Tentative(s) antérieures(s) d'arrêt (préciser dates, modalités, évolution) :**

**Commentaires :**

**A qui déclarer**

**Bordeaux**  
Dr Françoise HARAMBURU  
Tél : 05 57 57 46 58  
Fax : 05 57 57 46 60  
E-mail: francoise.haramburu@pharmaco.u-bordeaux2.fr

**Centre de Caen**  
Pr Artoine Coquerel  
Tél : 02 31 06 46 70  
Fax : 02 31 06 46 73  
E-mail: ceipnordouest@chu-caen.fr

**Centre de Grenoble**  
Dr Michel Mailaret  
Tél : 04 76 76 51 46  
Fax : 04 76 76 56 55  
E-mail: pharmacodependance@chu-grenoble.fr

**Lyon**  
Pr Jacques DESCO TES  
Tél : 04 72 11 69 92  
Fax : 04 72 11 69 95  
E-mail: jacques.desco tes@chu-lyon.fr

**Centre de Marseille**  
Dr Mac Valli  
Tél : 04 91 74 50 90  
Fax : 04 91 74 50 54  
E-mail: jrdm@mail.ap-hm.fr

**Centre de Nancy**  
Pr Henri LAMBERT  
Tél : 03 83 85 29 17  
Fax : 03 83 85 97 71  
E-mail: ceip@chu-nancy.fr

**Centre de Montpellier**  
Pr J.P. BLAYAC  
Tél : 04 67 33 67 49  
Fax : 04 67 33 87 51  
E-mail: pharmacodependance@chu-montpellier.fr

**Nantes**  
Pr Michel BO URIN  
Tél : 02 40 08 40 84  
Fax : 02 40 08 40 97  
E-mail: pharmacodependance@chu-nantes.fr

**Centre de Paris**  
Pr Sylvain DALLY  
Tél : 01 40 05 42 66  
Fax : 01 40 05 42 67  
E-mail: samira.djezzar@ib.ap-hop-paris.fr

**Toulouse**  
Dr. Maysse LAPE YRE -MESTRE  
Tél : 05 52 26 06 90  
Fax : 05 61 25 51 16  
E-mail: ceip.toulouse@cict.fr

**Définitions (Article R.5219-1 du Code de la santé publique)**

**Pharmacodépendance :** Ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs **substances psychoactives** devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont le **désir obsessionnel** de se procurer et de prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente ; l'état de dépendance peut aboutir à l'**auto-administration** de ces substances à des doses **produisant des modifications physiques ou comportementales** qui constituent des problèmes de santé publique.

**Abus :** **Utilisation excessive et volontaire**, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs **substances psychoactives**, ayant des conséquences préjudiciables pour la santé physique ou psychique.

**Pharmacodépendance grave ou abus grave :** pharmacodépendance ou abus légal ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraîner une invalidité

**L'obligation de signalement**

Article R. 5219-13 du code de la santé publique : "Tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme ayant constaté un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou autre produit mentionné à l'article R. 5219-2, en fait la déclaration immédiate, au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté."

"De même, tout pharmacien ayant eu connaissance d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave de médicament, plante ou autre produit qu'il a délivré, le déclare aussitôt au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté."

"Tout autre professionnel de santé ou toute personne dans le cadre de son exercice professionnel ayant eu connaissance d'un tel cas peut également en informer le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté."