

**Rencontre  
interprofessionnelle**

**USAGES et  
MESUSAGES des  
OPIOÏDES**



**Rencontre  
interprofessionnelle**

Usages et mésusages des opioïdes



**Professionnels libéraux, acteurs  
incontournables de la prévention  
et de la réduction  
des risques et des dommages**

Animée par Claude MARODON, Pharmacien libéral,  
Président de la délégation départementale Réunion de  
l'Ordre National des Pharmaciens

**Lundi 28 août 2023, 19h/21h**  
Au CSAPA Nord

# Journée internationale de sensibilisation aux surdoses

## International Overdose Awareness Day

### 31/08/2023

<https://www.overdoseday.com/>



# Au programme

## Echanges de pratiques avant tout

- Quelles problématiques rencontrées dans vos exercices respectifs au sujet des traitements opioïdes ?
- Dans vos pratiques, que rencontrez-vous le plus fréquemment : trouble de l'usage des opiacés ou mésusage/dépendance aux opioïdes ?
- Dans vos pratiques, quels sont les médicaments antalgiques opioïdes les plus prescrits/délivrés/dispensés?
- Dans vos pratiques, quel usage et quelles connaissances des TAO ?

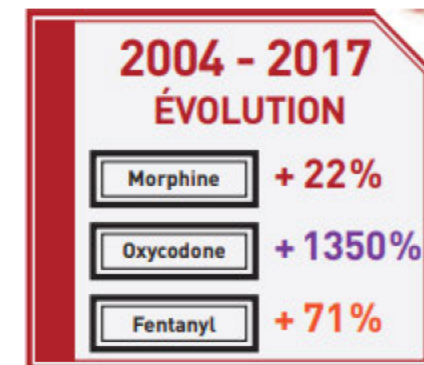
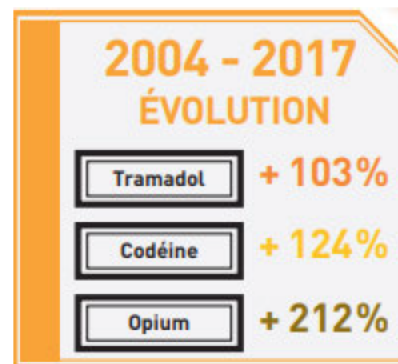
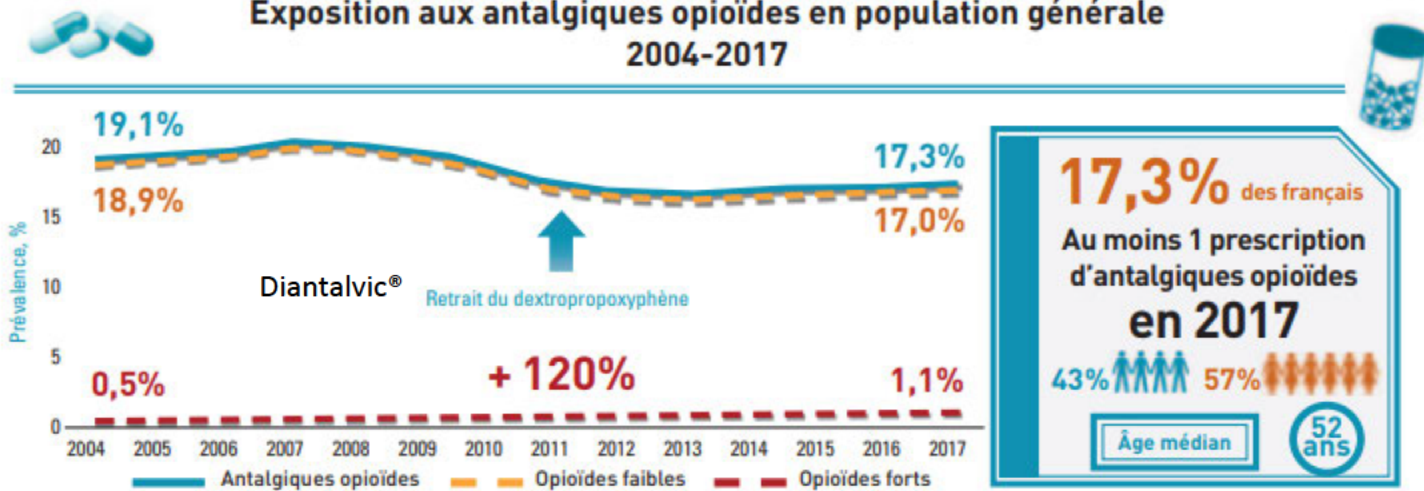
# Au programme

- Echanges de pratiques avant tout
- Quelques données
- Usage des opioïdes et types de douleurs
- Mésusages des opioïdes et dépendance
- Bonnes pratiques, outils et documents utiles, organisation entre professionnels
- TAO / TSO (Traitement de Substitution aux Opioïdes) / MSO (Médicaments de Substitution aux Opioïdes)

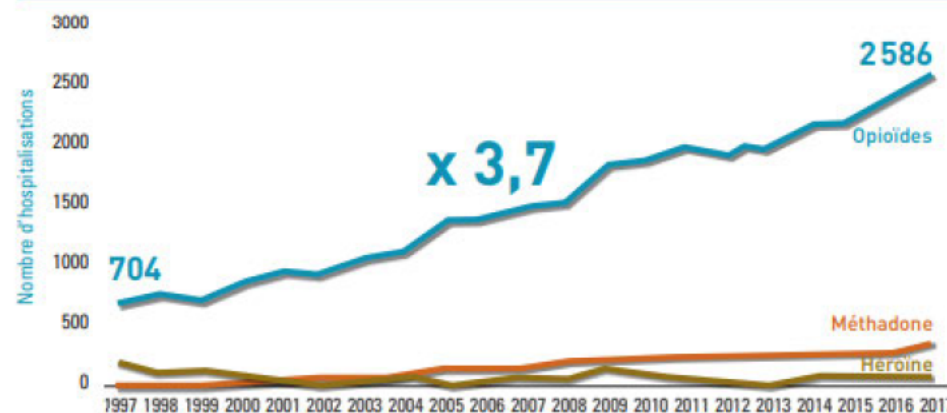


# Quelques données

Exposition aux antalgiques opioïdes en population générale  
2004-2017



Hospitalisations en lien avec une intoxication accidentelle aux opioïdes  
1997-2017



# Quelques données

## Consommation d'opioïdes chez les usagers de CSAPA, France métropolitaine, 2020

RECAP = recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des CSAPA

Substance consommée posant le plus de problème	Usagers	
	N	%
Alcool	75 785	48,2%
Cannabis	30 534	19,4%
Opioïdes	21 028	13,4%

Héroïne	14 349
Buprénorphine	2 206
Méthadone	1 733
Fentanyl	114
Autres opioïdes	2 626

La part des cas de **trouble d'usage des antalgiques opioïdes** rapportée au réseau d'addictovigilance a plus que **doublé entre 2006 et 2015**

# Quelques données

En **2017**, les **prescripteurs** d'opioïdes sont

- médecins généralistes (86,3% des opioïdes faibles et 88,7% des opioïdes forts)
- dentistes (2,8% et 0,3%)
- rhumatologues (2,2% et 1,7 %)
- chirurgiens orthopédistes (1,9% et 1,3%)

**Motif de prescription des opioïdes faibles et des opioïdes forts**

- douleur aiguë (71,1% - 50,1%)
- douleur chronique (13,4% - 42,9%)
- douleur dorsale (8,1% - 21,6%)
- douleur liée à l'arthrose (2,6% - 7%)

**Nomadisme** pharmaceutique : +46% entre 2004 et 2015 ; opioïdes faibles

# Prescription des antalgiques opioïdes en France entre 2004 et 2017 : évolution et impact en termes de morbi-mortalité

20 septembre 2018



- Entre 2004 et 2017, la prévalence annuelle de prescription de la codéine, du tramadol et de l'opium a augmenté de 150 %, 123 % et 244 %, respectivement ( $p < 0,05$ ).

La prescription d'opioïdes forts a également augmenté de 0,54 à 1,1 % (+104 %,  $p < 0,05$ ), et de façon très significative pour l'oxycodone (+1950 %).

La prescription d'opioïdes forts dans la douleur chronique **non** cancéreuse a progressé de 88 % ( $p < 0,05$ ) et de 1180 % pour l'oxycodone.

La prévalence des hospitalisations liées aux intoxications accidentelles associées aux opioïdes est passée de 15 à 40 pour 1 000 000 d'habitants (+167 %, 2000-2017) et celle des décès accidentels liés aux opioïdes de 1,3 à 3,2 pour 1 000 000 d'habitants (+146%, 2000-2015).

En conclusion, ces données indiquent qu'en France il n'existe pas à ce jour d'épidémie d'ampleur similaire à celle observée en Amérique du Nord.

Cependant, le doublement de la prescription des antalgiques opioïdes (en excluant le dextropropoxyphène retiré du marché en 2011), avec l'augmentation très significative en particulier de l'oxycodone, associé à l'augmentation des hospitalisations (x2,7) et des décès (x2,5) liés à une intoxication accidentelle **doivent inciter à la prudence et à une surveillance étroite.**

<http://www.ofma.fr/publi/prescription-des-antalgiques-opioides-en-france-entre-2004-et-2017-evolution-et-impact-en-termes-de-morbi-mortalite/#newsletter>

# Surdose

## aux opiacés : la France dans l'urgence

- ❑ Depuis 1999 outre-Atlantique, la crise des opioïdes aurait tué près d'un demi-million de personnes. Quelque 130 personnes y meurent chaque jour d'une overdose aux médicaments antalgiques qui créent une forte dépendance

En Europe, la consommation augmente aussi au début du xxi<sup>e</sup> siècle, bien que dans de moindres proportions.

En Angleterre, au pays de Galles mais surtout en Ecosse, le nombre de décès causés par la drogue n'a jamais été aussi élevé qu'en 2020, selon un rapport publié début août. Un taux de 76,7 par million d'habitants, soit un bond de 3,8% par rapport à 2019

Une tendance liée à la consommation d'opiacés mais aussi à l'augmentation des morts à cause d'autres substances telles que la cocaïne



- [source: « Surdoses aux opiacés la France dans l'urgence » \[archive\]](#), sur *Libération*, 31 août 2021

# Prévention Surdoses aux opiacés : la France dans l'urgence



- En 2018, 12 millions de Français auraient consommé des opioïdes (dont 11 millions de consommateurs d'opioïdes « faibles »).

Les conséquences sont similaires :

il y a alors plus d'overdoses par médicaments opioïdes que par l'usage de drogues illégales, augmentation des décès liés à la consommation d'opioïdes, licites ou non. Ainsi, en 2019, quelque 450 personnes sont mortes en France à la suite d'une overdose d'opioïdes et 77 après avoir fait une surdose de cocaïne

**ce qui conduit d'après l'Observatoire français des médicaments antalgiques à une moyenne d'au moins cinq décès par semaine en France**

Pour Nicolas Authier, psychiatre spécialisé en pharmacologie et addictologie, la situation française n'est pas comparable à celle des Etats-Unis ou de l'Angleterre: «*Les médecins y prescrivent beaucoup plus de médicaments antalgiques opioïdes que nous. La population est donc beaucoup plus exposée. C'est pour ça que la France doit diffuser dès maintenant la naloxone afin d'éviter une crise similaire.*

- [source: « Surdoses aux opiacés la France dans l'urgence » \[archive\]](#), sur *Libération*, 31 août 2021



# Douleurs et opioïdes ?

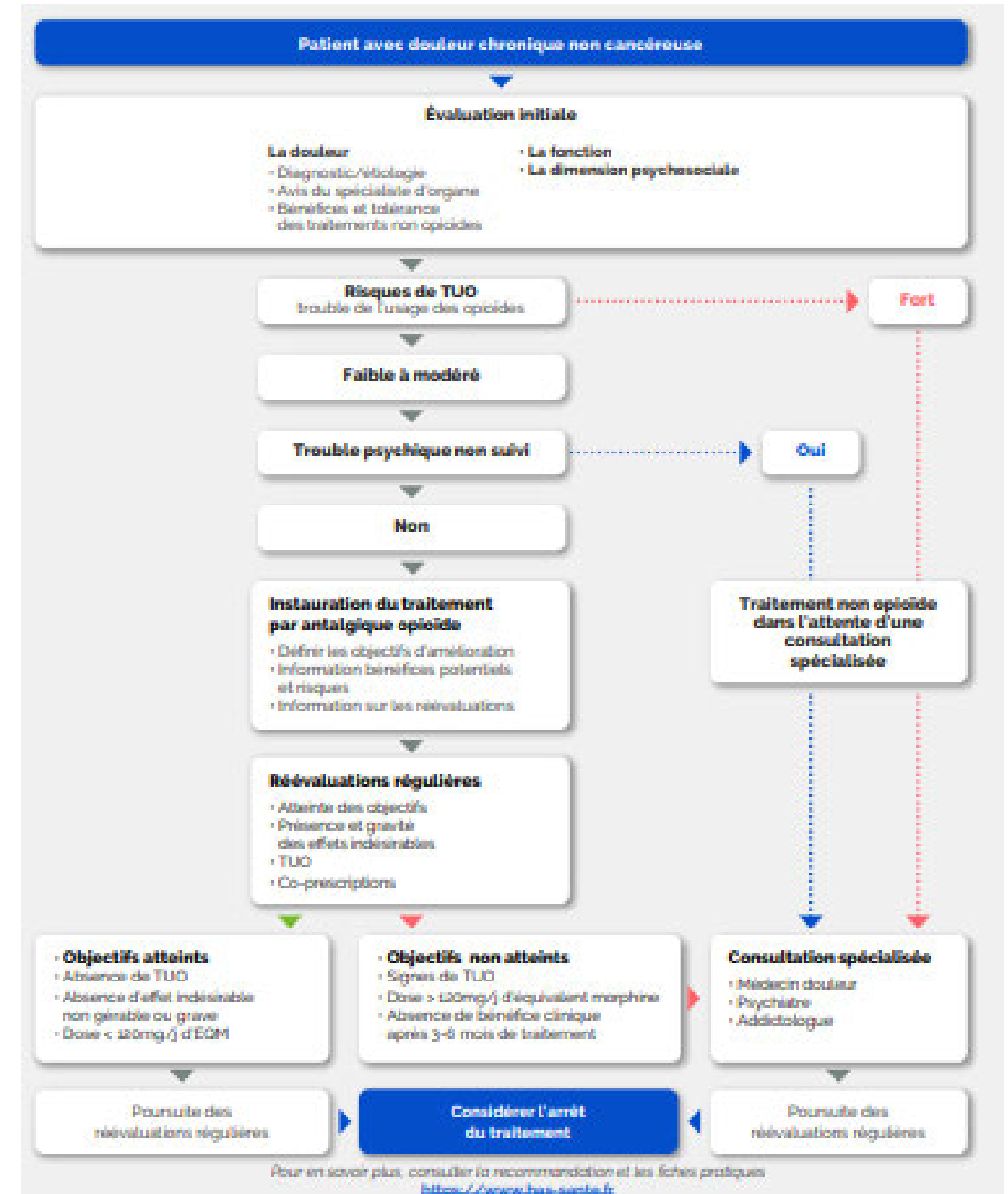
## Prise en charge

Douleur aiguë par traitement antalgique opioïde

Douleur aiguë par traitement antalgique opioïde chez les patients traités par médicament de substitution aux opioïdes (MSO)

Douleur chronique non cancéreuse par traitement antalgique opioïde

Douleur chronique liée au cancer par traitement antalgique opioïde



Evaluation de la douleur, dont mécanisme ++

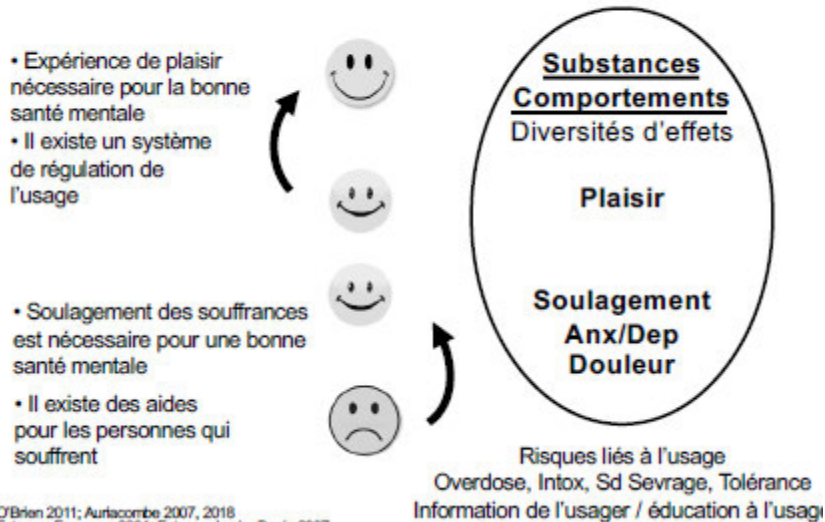


	Nociceptive	Nociplastique	Neuropathique / neurogène
Mécanisme	<p>Activation de nocicepteurs en lien avec l'inflammation, une blessure, etc</p> <p>Ex : arthrite, fracture osseuse, etc</p>	<p>Altération de la nociception malgré l'absence d'évidence claire de lésion de tissu ou de menace de lésion causant l'activation des nocicepteurs</p> <p>Ex : fibromyalgie, lombalgie, etc</p>	<p>Secondaire à une atteinte du système nerveux (central ou périphérique)</p> <p>Ex : neuropathies, etc</p>
Pistes thérapeutiques	<p>Exercice</p> <p>Massage</p> <p>TENS (Neurostimulation électrique transcutanée)</p> <p>Analgésiques, dont AINS, opioïdes</p>	<p>Education thérapeutique</p> <p>Exercice</p> <p>Massage</p> <p>TENS</p> <p>TCC</p> <p>Inhibiteurs recapture sérotonine, Tricycliques</p> <p>TTT comorbidités</p> <p>➔ Pas d'opioïdes</p>	<p>Exercice</p> <p>Massage</p> <p>TENS</p> <p>TCC</p> <p>Inhibiteurs recapture sérotonine, Tricycliques, Gabapentine (Neurontin®)</p> <p>2<sup>e</sup> intention Tramadol</p> <p>3<sup>e</sup> intention opioïdes forts</p>

Deux opioïdes sont réservés aux douleurs d'origine cancéreuse : l'hydromorphone et le fentanyl à action rapide ou transmuqueux (Abstral, Actiq, Breakyl, Effentora, Instanyl, Pecfent et Recivit).

# Mésusage, effets recherchés, dépendance

## Pourquoi utiliser des opiacés ?



Source : Pr Marc Auriacombe, DU Addictologie,  
La Réunion, 2022

## Effets recherchés

- Analgésique
- Euphorisant
- Narcotique (assouplissement, relâchement)

**Mésusage** : utilisation inappropriée ;  
recherche effets psychotropes

**Trouble de l'usage** : DSM V; 5 C

# Mésusage, effets recherchés, dépendance

**Facteurs de vulnérabilité → surveillance plus étroite ; information**

- Avoir une prescription d'antalgiques opioïdes
- ATCD de prescription d'opioïdes faibles puis forts
- Sujets jeunes
- ATCD psychiatriques
- ATCD usage problématique autres SPA
- ATCD familiaux usage problématique SPA
- Antalgie inadéquate

*Source: Pergolizzi et al, 2012*

# Codéine

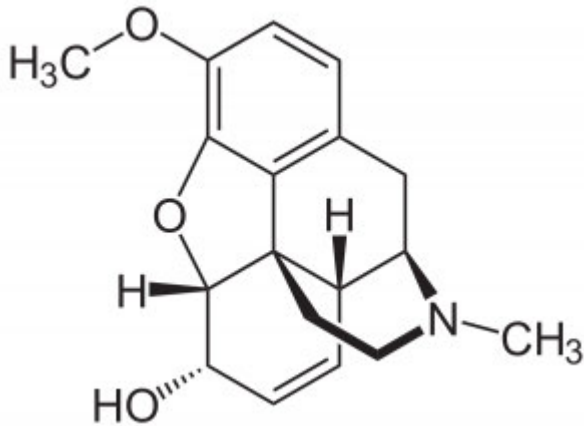
Les données françaises d'addictovigilance ont recensé 610 notifications concernant les médicaments contenant de la codéine à visée antalgique entre 2007 et 2016 avec une augmentation à partir de 2011.

**Le nombre de cas a été multiplié par 2,5 de 2007 à 2016.**

Les spécialités les plus citées dans les NotS sont le Codoliprane® (40%), suivi du Dafalgan codéiné (22%) puis de la Prontalgine (12%) et de l'Efferalgan codéiné (12%).

La douleur constitue la principale indication notamment rhumatismale suivie des céphalées.

Données Septembre 2017



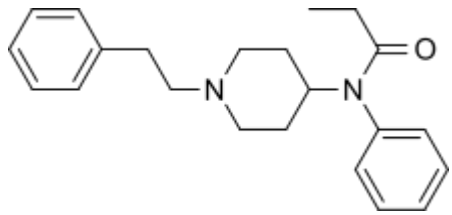
# Fentanyl transdermique

L'effet **analgésique** est 75 à 100 fois supérieur à celui de la morphine

En décembre 2015, un cas mortel de surdosage lié à l'administration du contenu d'un patch de fentanyl par voie intraveineuse a été notifié en France au réseau des CEIP.

En avril 2016, l'Agence a ouvert une enquête nationale d'addictovigilance, confiée au CEIP de Nancy

Au total, sur la période 2010-2015, 316 notifications (provenant du réseau des CEIP, de la Banque Nationale de Pharmacovigilance et des laboratoires) ont été analysées dont 169 cas d'intoxications et 147 cas d'usage problématique (abus, dépendance, usage détourné, sevrage, etc.).



**Entre 2010 et 2015, le nombre de cas dans un contexte d'abus et de dépendance a augmenté de 17 à 26 cas. Le nombre de cas décrits dans la littérature a également augmenté à partir de 2006**

Sur les 147 cas d'abus et de dépendance signalés en France, 57% (84 cas) sont graves et 8 sont des décès (liés à un usage récréatif du fentanyl). Ces 147 cas correspondent à 96 cas de pharmacodépendance (65,3%), 61 cas d'abus (41,5%), 53 modifications de la modalité d'administration (36,1%), 36 cas de comportement de transgression (24,5%), 29 syndromes de sevrage (19,7%) et 19 détournements de la voie d'administration (12,9%)

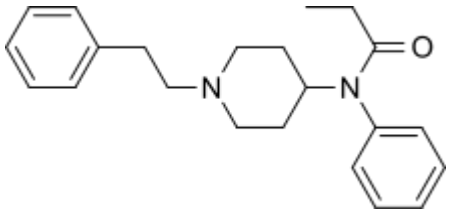
- <http://www.ofma.fr/donnees-pharmacovigilanceaddictovigilance/>

# Fentanyl transdermique

## 26% des cas dans un contexte de recherche d'un effet psychique

Concernant les effets recherchés (renseignés dans 107 cas sur 147), deux profils de consommation se distinguent en France :

- les effets **antalgiques**, dans 79 cas (74 %) : femmes (60,8 %) avec antécédents addictifs et/ou psychiatriques (45,6 %), ayant obtenu leur traitement par prescription médicale (93,2 %) pour une douleur chronique cancéreuse (93,2 %)
- les effets **psychiques** positifs autres qu'antalgiques, dans 28 cas (26 %) : hommes (81,5 %) avec antécédents addictifs et/ou psychiatriques (86,9 %), ayant obtenu leur traitement illégalement (60 %)



**Les 8 décès concernent des personnes ayant des conduites addictives**

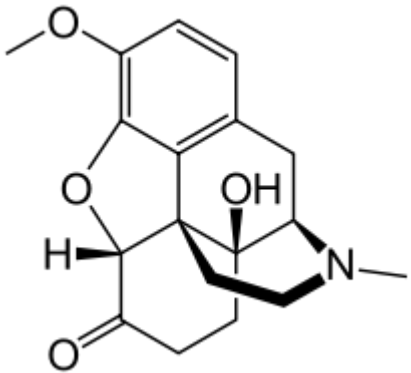
# oxycodone

L'oxycodone est un **antalgique de palier 3**, indiqué dans le traitement des douleurs sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes forts; en particulier dans les douleurs d'origine cancéreuse.

Entre le 1<sup>er</sup> juin 2013 et le 31 mai 2016, parmi les 58 notifications transmises aux laboratoires, 12 cas d'abus et de dépendance ont été retenus.

Pour la période 2013-2015, cent-quatorze (114) notifications spontanées (NotS) ont été rapportées au réseau d'addictovigilance et de pharmacovigilance, dont 36 hospitalisations pour sevrage, 21 obtentions détournées, 15 cas de consommation détournée secondaire à un usage médical, 10 intoxications médicamenteuses volontaires (dont 6 dans un contexte d'abus/mésusage), 8 cas d'administration détournée et 8 cas de consommation initiale détournée.

L'analyse des données 2016 (non exhaustives) retrouve 1 décès d'un homme de 18 ans en contexte festif et 2 cas d'usage hors-AMM dans la substitution de la dépendance aux opioïdes.

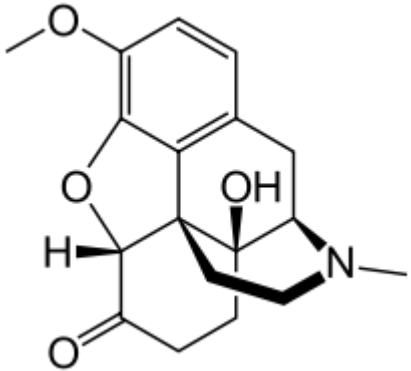




# oxycodone

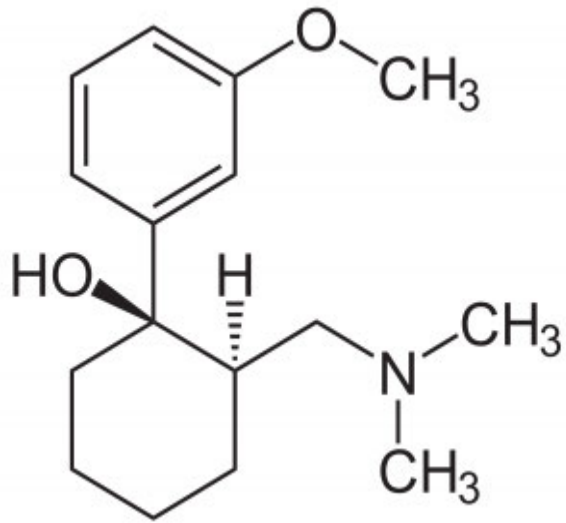
Trois profils de consommation sont observés :

- le mésusage secondaire à la prise en charge d'une douleur, qu'elle soit chronique ou non,
- l'usage récréatif, par l'obtention illégale d'un médicament stupéfiant attaché à une réglementation restrictive sur l'accès,
- l'expérimentation dans des prises en charge substitutives (forme LP) récemment rapportées et d'ampleur inconnue.



# tramadol

Le tramadol est un **antalgique d'action centrale de palier II** selon la classification de l'OMS, indiqué dans le traitement des douleurs modérées à intense chez l'adulte. Dans certaines AMM, il est aussi indiqué chez l'adolescent de plus de 12 ans. Enfin, les solutions buvables sont réservées à l'enfant à partir de 3 ans et à l'adolescent. Ses effets recherchés et indésirables sont liés à un effet agoniste sur les récepteurs opioïdes mu ainsi qu'à une inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.



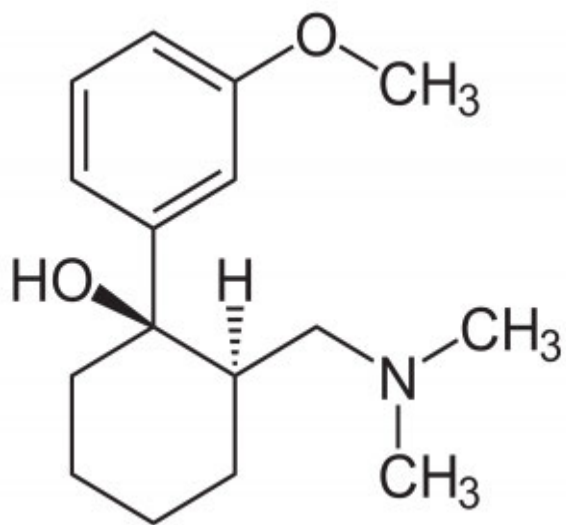
Depuis 2010, le tramadol fait l'objet d'un suivi national d'addictovigilance. Depuis 2013, il a été observé une **augmentation de l'usage détourné du tramadol**, dans différents contextes : automédication de troubles psychiques, pour pallier le manque d'opioïdes forts ou chez les polytoxicomanes.

Le réseau des CEIP a recueilli 69 notifications spontanées concernant le tramadol en 2014 et 85 en 2015. Leur nombre est en **augmentation constante ces dernières années**. La moyenne d'âge des sujets a diminué et se situe en dessous de 40 ans. Comme dans les enquêtes précédentes, le traitement de la douleur représente le motif principal de début de l'usage du tramadol. Alors que les opioïdes ne sont pas recommandés pour le traitement de la douleur des migraines, cette raison d'usage initial (hors AMM) de tramadol (céphalée/migraine) est observée depuis 2013.

## tramadol

La prescription de tramadol pour la substitution de la pharmacodépendance aux opioïdes (hors AMM) est observée pour la première fois dans cette période d'enquête, avec des doses prescrites élevées, supérieures à la dose maximale recommandée.

Le nombre de cas de **polytoxicomanies incluant le tramadol est en augmentation**, passant de 6 cas en 2012, à 13 cas en 2013, 24 cas en 2014 et 26 cas en 2015. Depuis 2 ans, la part des cas de polytoxicomanies dans les notifications spontanées concernant le tramadol a dépassé 30 %.



**L'usage détourné par les patients eux-mêmes à des fins autres que l'antalgie** ne concernait pas uniquement des cas de polytoxicomanies. Ont été recensés une recherche d'effet de type opioïde (anxiolyse, apaisement, détente, euphorie, hypnotique, sédatif, défonce), une recherche d'effet stimulant (« boost », désinhibition, stimulation dans un contexte de surmenage professionnel), une consommation quand le sujet n'a pas de méthadone, une « correction du manque » (abstinence impossible en raison des signes de sevrage) et consommation par appréhension du syndrome de sevrage, une association à de l'alcool pour essayer de majorer les effets.

**Les raisons des usages détournés** sont nombreuses : recherche d'effet récréatif dans un cadre de toxicomanie, recherche d'effet hypnotique, amélioration des performances professionnelles, gestion des événements de vie (automédication à visée antidépressive ou anxiolytique), lutte contre le « manque » ou les signes de sevrage ou encore conduite dopante notamment dans le cyclisme

- <http://www.ofma.fr/donnees-pharmacovigilanceaddictovigilance/>

# Bon usage - recommandations

- Equipe pluriprofessionnelle : médecin ; pharmacien ; IDE ; éducateurs spécialisés et travailleurs sociaux ; ...
  - prescription, délivrance, dispensation ; mesures de réduction des risques ; identification des facteurs de risque de dépendance
- Outils : cf bibliographie
- Recommandations HAS 2022 pour la prise en charge des douleurs

# PRESCRIPTEUR

## ECHELLE ORT EVALUATION DU RISQUE DE MÉSUSAGE

# AVANT PRESCRIPTION

## D'UN ANTALGIQUE OPIOÏDE

Antécédent familial d'abus d'une substance :			Antécédent personnel d'abus d'une substance :		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Alcool	1	3	Alcool	3	3
Drogues illicites	2	3	Drogues illicites	4	4
Autre	4	4	Médicaments d'ordonnance	5	5
Âge (sujet de 16 ans à 45 ans)	1	1	TROUBLE PSYCHOLOGIQUE		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance	3	0	Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
			Dépression	1	1
Score : <input type="text"/>			Score : <input type="text"/>		

Faire la somme des points pour les 5 questions selon le genre du patient. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible ; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré ; si le score est > 7, le risque est élevé.

Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modérée à sévère. En revanche, une surveillance régulière à chaque consultation est recommandée avec par exemple l'échelle POMI.

# PATIENT

Echelle

POMI:

DEPISTAGE DU  
MESUSAGE DES  
ANTALGIQUES  
OPIOÏDES **AU**  
**COURS DU**  
**TRAITEMENT**

ANTALGIQUE(S) OPIOÏDE(S) CONCERNÉ(S) PAR CES QUESTIONS :

codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone

Oui Non

Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITÉ PLUS IMPORTANTE, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?

Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?

Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TÔT QUE PRÉVU ?

Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?

/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(s), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLÈMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?

Avez-vous déjà CONSULTÉ PLUSIEURS MÉDECINS, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?

Score :





Compter 1 point par réponse positive. Faire la somme des réponses positives. Si le score est  $\geq 2$ , il est possible que vous présentiez un usage à risque de ce traitement antalgique. Il est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant ou votre pharmacien en cas d'automédication.

# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO (Médicaments Substitutifs aux Opiacées)

## Pourquoi les prescrire ?

**Le trouble de l'usage des opioïdes est une maladie chronique due à un dysfonctionnement neurobiologique.**

Les MSO ont montré leur efficacité :

-  Craving et des consommations.
-  Mortalité (surdoses).
-  Infectieux (VIH, VHB, VHC).
-  Qualité de vie et sociale.



# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO (Médicaments Substitutifs aux Opiacées)

## Quels sont les dangers ?

- Risque de dépression respiratoire pouvant être mortelle en cas :
  - de surdose, surtout à l'initiation et à la perte de tolérance,
  - d'associations : alcool, BZD, gabapentinoïdes, autres opioïdes.
- Risque infectieux lors des injections



**Rappeler au patient de tenir le produit hors de portée des enfants et de ne pas partager son traitement avec des personnes naïves en opioïdes.**

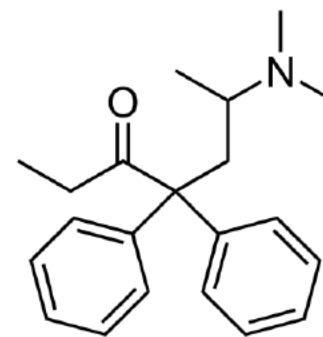
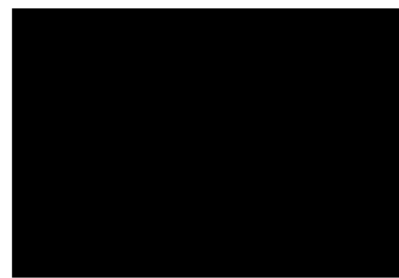
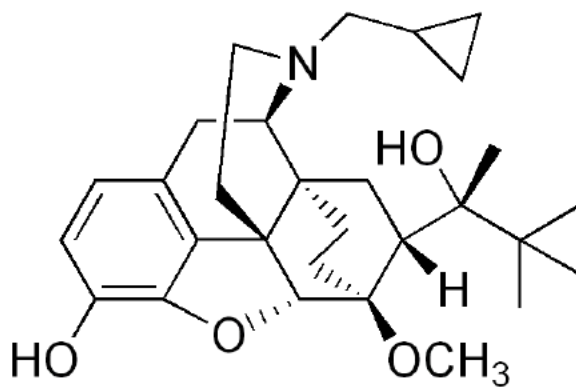


# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO (Médicaments Substitutifs aux Opiacées)

## Principes de base

- S'assurer de la dépendance aux opioïdes et des modes d'usage (IV, sniff...).
- Repérer les consommations associées : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, et autre comportements addictifs.
- Prévention des rechutes : 📉 du craving.
- Travailler en pluri pro et avec CSAPA, CJC, Addictologue, Professionnels de santé mentale,...

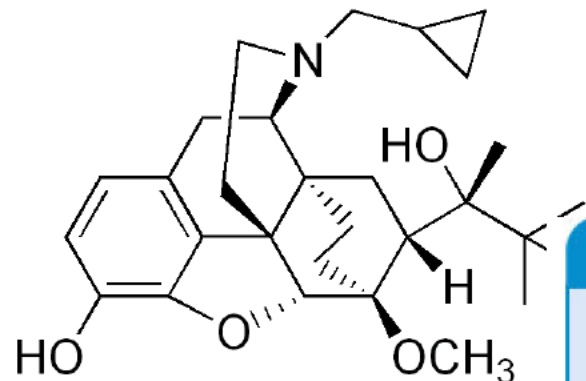
Collège de la  
MEDECINE  
GENERALE  
lecmg.fr





# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO

## BHD Buprenorphine Haut Dosage



### BUPRÉNORPHINE - HAUT DOSAGE : BHD

- **SUBUTEX®** : cp sublingual de 0.4, 2 et 8mg
  - **BUPRÉNORPHINE** : cp sublingual de 0.4, 1, 2, 4, 6 et 8mg
  - **SUBOXONE®** (BHD+naxolone) : cp sublingual de 2mg/0,5mg ou 8mg/2mg
  - **OROBUPRE®** : lyophilisat oral de 2 et 8mg.
- Les boîtes contiennent 7 comprimés.



### Modalités de prescription

#### Instaurer

- Attendre les signes de manque.
- Dose initiale 4 à 8 mg , puis ajuster par palier de 1 à 2 mg/J toutes les semaines selon les signes de manque.

#### Renouveler

- **Posologie moyenne** : 8 mg/j- maxi 24 mg.
- **Surveillance** : Score d'Handelsman.

#### Réduire ou arrêter

Ce n'est un objectif que si le patient l'a décidé. Aucune urgence. Nécessité d'une stabilité médicale et sociale pour que cela se passe bien. Diminuer très lentement et surveiller le craving et les consommations. Sur plusieurs mois ou années. **Ne pas hésiter à réaugmenter le traitement si nécessaire.**

#### Cadre légal

- Primo-prescription et renouvellement par tout médecin.
- Ordonnance sécurisée avec dosage en toutes lettres.
- Préciser la pharmacie de délivrance.
- Durée maximale de traitement de 28 j.
- Délivrance fractionnée en périodes de 7 j (sauf mention du prescripteur « délivrable en une fois »).

#### Modalités de prise

- Une seule prise/j. Laisser fondre jusqu'à dissolution complète
- **SUBUTEX® et SUBOXONE® ou BHD générique** : sous la langue
  - **OROBUPRE®** : sur la langue.

#### Risques

- **Injection IV ou sniff** : risques infectieux.
- **Association avec benzodiazépine, alcool** : ⚠ mortalité.

#### Effets indésirables

- **Association aux IMAO** : ⚠ effets des opioïdes.
- **Association à un opioïde** : déclenche un syndrome de sevrage.

Collège de la  
MEDECINE  
GENERALE  
lecmg.fr

COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



# MSO Buprenorphine with/withnot Naloxone ?

- Discussion: Based on the evidence outlined above, we cannot unambiguously conclude that naloxone is an effective deterrent to parenteral misuse of buprenorphine. At best, naloxone may reduce or delay the subjective “high” users

*D’après les éléments de preuve décrits ci-dessus, nous ne pouvons conclure sans ambiguïté que la naloxone est un moyen de dissuasion efficace contre l’abus parentéral de la buprénorphine. Au mieux, la naloxone peut réduire ou retarder l’expérience subjective « élevée » des utilisateurs, mais en l’absence de tout effet dramatique sur la responsabilité d’abus, ce blocage partiel des effets euphorisants subjectifs est d’une valeur clinique douteuse.*

blocks such misuse is of net benefit to the patient regardless of the actual pharmacological efficacy of naloxone in this regard. However, deliberately misleading patients is an ethical violation, even if we think it is in their best interest. This is

*Cependant, tromper délibérément les patients est une violation de l’éthique, même si nous pensons que c’est dans leur intérêt.*

community and the public we serve. If information circulating in the recreational drug-using community is in reality more accurate than the information coming from the medical community, it can only be a matter of time before that hard-won trust is eroded. Our patients expect us to be honest and straightforward with them about the risks they face, and especially

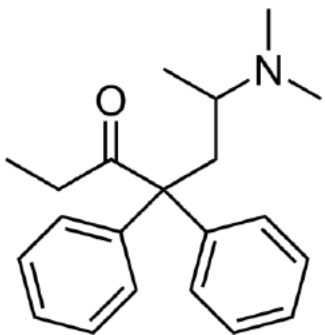
*Nos patients attendent de nous que nous soyons honnêtes et directs avec eux sur les risques auxquels ils sont confrontés, et en particulier sur les interventions, que nous recommandons. Les enjeux sont trop élevés pour que nous puissions faire moins.*

Biblio: Reconsidering the Usefulness of Adding Naloxone to Buprenorphine [Christopher K. Blazes](#)<sup>1</sup> and [Jonathan D. Morrow](#)<sup>1, 2, \*</sup>

[Front Psychiatry](#). 2020; 11: 549272. Published online 2020 Sep

11. doi: [10.3389/fpsyt.2020.549272](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.549272) PMID: [33061915](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33061915/)





# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO

## Methadone

### MÉTHADONE

- **SIROP** : flacons de 5, 10, 20, 40 et 60mg
- **GÉLULES** : 1, 5, 10, 20, 40mg



### Modalités de prescription

#### Indications

Inefficacité ou injections/sniff de buprénorphine.

#### Instaurer

Obligatoirement en CSAPA ou en établissement de santé.

#### Renouveler

- 1 prise par jour
- Si besoin ↗ ou ↘ de 5 à 10 mg/j tous les 3 à 5 jours.
- Posologie d'entretien 60 à 120 mg
- Renforcer la surveillance si posologie supérieure à 120mg.

#### Réduire ou arrêter

Idem buprénorphine. Diminution progressive par paliers sur plusieurs mois ou années. Ne pas hésiter à réaugmenter le traitement si nécessaire.

#### Cadre légal

- **Prescription initiale** : CSAPA, médecins hospitaliers.
- **Relais possible au généraliste** avec ordonnance relais de la structure.
- **Ordonnance sécurisée** : dosage en toutes lettres / nom de la pharmacie / délivrance pour 7j sauf mention du prescripteur.
- **Durée maximale de prescription** : sirop : 14 j / gélule : 28 j.
- **Passage du sirop à la Gélule** : possible si patient stabilisé et traitement > 1 an, adresser au CSAPA ou médecin hospitalier.

#### Principaux risques

- **Surdose mortelle** car pas d'effet plafond.
- **Associations contre-indiquées** : Buprénorphine, nalméfène, escitalopram, citalopram, hydroxyzine, dompéridone, nalbuphine, naltrexone, millepertuis, oxybate de sodium, pipéraquline et cocaïne.
- **Associations déconseillées** : Benzodiazépines, médicaments à risque de torsades de pointe et allongement du QTc : antiarythmiques de classe «**la**», certains antiparasitaires, macrolides ou neuroleptiques.
- ↗ Torsades de pointe et allongement du QTc si posologie supérieure à 120mg : faire un ECG

Collège de  
MEDECINE  
GENERALE  
lecmg.fr

COL  
de la MÉD  
GÉN

# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO

## circulaire GIRARD (1996)

### Utilisation du sulfate de morphine comme MSO

La [circulaire Girard](#) (1996) autorise la poursuite des traitements utilisant le sulfate de morphine dans le cadre de traitement de substitution ainsi que sa prescription « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et à la buprénorphine aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose ».

La décision doit alors être soumise à l'avis du médecin conseil de la Sécurité sociale, et les ordonnances sécurisées doivent porter systématiquement la mention « concertation avec le médecin conseil ».

Un Comité Scientifique Temporaire a été créé par l'ANSM en avril 2021 avec pour objectif la sécurisation de l'utilisation de la morphine chez les usagers d'opioïdes dans le cadre de leur dépendance.



# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO


## Les Risques

Collège de la  
MEDECINE  
GENERALE  
lecmg.fr

### Les risques

**Surdose** (pas d'effet plateau)

**Risque léthal : 1 mg/kg** surtout enfants, personnes naïves.

Tout accompagnement de patient en général consommateur d'opioïde nécessite la prescription de Naloxone et une éducation thérapeutique. 

#### **Prescription systématique :**

○ **PRENOXAD 0,91 mg/ml** seringue préremplie. AMM adultes.

○ **NYXOID 1,8 mg** pulvérisation nasale. Administration éventuelle chez des enfants par un médecin si ingestion accidentelle mais AMM > 14 ans.

Disponible dans établissements de santé, CSAPA, CAARUD et pharmacies de ville / Formation du patient.



# FICHE PRATIQUE PRESCRIPTION DES MSO

## Mésusages: tendances

### **Mésusages : progression de l'injection et décès**

Concernant le mésusage, la consommation de BHD et de méthadone dans ce cadre reste majoritairement par voie orale.

Cependant, on note une progression de l'injection de la méthadone en gélules chez les usagers en grande précarité.

En 2020, les MSO sont impliqués dans près de la moitié (49 %) des décès par abus de substances et de médicaments, avec une nette augmentation de la part des décès liés à la méthadone.

*Auteur : Anna Ndiaye*

Pour Nicolas Authier, psychiatre spécialisé en pharmacologie et addictologie, la situation française n'est pas comparable à celle des Etats-Unis ou de l'Angleterre: *«Les médecins y prescrivent beaucoup plus de médicaments antalgiques opioïdes que nous. La population est donc beaucoup plus exposée. C'est pour ça que la France doit diffuser dès maintenant la naloxone afin d'éviter une crise similaire.*

# Carine Wolf- Thal, Présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens



Les patients dépendants aux opioïdes doivent pouvoir trouver en leur pharmacien un interlocuteur bienveillant et compétent, pour les **accompagner dans la prise en charge de leur addiction**.

les pharmaciens d'officine sont en effet les premiers professionnels de santé – parfois les seuls – avec lesquels les usagers de drogues sont en contact. Ils sont les **garants de l'accès aux médicaments** et je tiens à rappeler que **seul l'intérêt de la santé du patient peut justifier un refus de dispensation** (article R.4235-61 du CSP). En outre, notre déontologie précise que **nous devons faire preuve du même dévouement envers tous les patients** qui ont recours à nos services (art. 4235-6 du CSP).

Dans le champ de l'addiction aux opioïdes, la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) a, depuis plus de trente ans, fait la preuve de son efficacité sur la prévalence et l'incidence des maladies infectieuses (VHC, VIH ...), des dommages somatiques et psychosociaux ainsi que sur la mortalité par Surdoses.

trois niveaux d'intervention du pharmacien d'officine en RdRD dans le champ de l'addiction aux opioïdes : **1.mise à disposition de matériel d'injection stérile, 2.dispensation des TSO et 3.prévention des surdoses.**

## missions du pharmacien



# TEXTES JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES ENCADRANT L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE ET LA RDRD

## Code de déontologie des pharmaciens

**Art R. 4235-2 du CSP :** *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage.*

**Art R. 4235-5 du CSP :** *Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment.*

**Art R. 4235-6 du CSP :** *Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art.*

**Art R. 4235-7 du CSP :** *Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure.*

**Art R. 4235-8 du CSP :** *Les pharmaciens sont tenus de prêter leur concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé.*

**Art R. 4235-48 du CSP :** *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

*1<sup>o</sup> L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*

*2<sup>o</sup> La préparation éventuelle des doses à administrer ;*

*3<sup>o</sup> La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

*Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.*

**Art R. 4235-61 du CSP :** *Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance*





## Textes juridiques encadrant la RdRD

**Article L.3411-7 du CSP :** La définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'Etat.

**Article D.3121-33 du CSP et son annexe :** *Définit le référentiel de RdRD dans son annexe 31-2 du présent code (objectifs, modalités d'intervention, diffusion de matériel de prévention, lieux d'intervention ...)*

**Article L. 3411-8 du CSP :**

*I. La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.*

*II. Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :*

*« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;*

*« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;*

*« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;*

*« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation;*

*« 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées. [...]*



« *If you see an overdose, don't run, call 911, you're protected by law* » (Si vous êtes témoin d'une surdose, ne courez pas, appelez le 911, vous êtes protégé par la loi)\*

\*Changer les pratiques pour sauver des vies.

Ressorts et ambiguïtés des programmes d'accompagnement vers le soin mis en œuvre par des polices du Massachusetts face à la crise des opioïdes

**Elsa Vivant** in *Déviante et Société* 2021/4 (Vol. 45), pages 613 à 644

Éditions *Médecine & Hygiène* ISSN 0378-7931 DOI 10.3917/ds.454.0099





# Biblio

Bibliographie - Saome <https://saome.fr/directory-bibliographi/>

Surdoses aux opiacés : la France dans l'urgence – Libération (liberation.fr) [https://www.liberation.fr/societe/sante/surdoses-aux-opiaces-la-france-dans-lurgence-20210831\\_CD2LAIMUIRDV7OOV NKQVYTPJX4/](https://www.liberation.fr/societe/sante/surdoses-aux-opiaces-la-france-dans-lurgence-20210831_CD2LAIMUIRDV7OOV NKQVYTPJX4/)

Réseau de Prévention des Addictions RESPADD <https://www.respadd.org/>

Traitements de substitution aux opioïdes en France (saome.fr) <https://saome.fr/wp-content/uploads/2023/06/TabTSO230418.pdf>

Reconsidering the Usefulness of Adding Naloxone to Buprenorphine [Christopher K. Blazes](#)<sup>1</sup> and [Jonathan D. Morrow](#)<sup>1,2,\*</sup> *Front Psychiatry*. 2020; 11: 549272. Published online 2020

Sep 11. doi: [10.3389/fpsy.2020.549272](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.549272) PMID: [33061915](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33061915/)

Site <https://www.officinetso.org/> formation et évaluation des pratiques

[www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)

[www.cespharma.fr](http://www.cespharma.fr)

[www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

<https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2021-4-page-613.html>



Remerciements:

Dr Aurélie ETIENNE

Dr Patrice HEMERY

Armelle CROSSE

Stéphanie BARONNE de SAOME

& l'équipe du CSAPA de Ste Clotilde

Association Addictions France

pour son accueil

