

(MES)USAGES DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES



• OPIOÏDES-TRAMADOL • BENZODIAZÉPINES • PRÉGABALINE

(MES)USAGES **DE MÉDICAMENTS** **PSYCHOTROPES**

• Opiïdes-Tramadol • Benzodiazépines • Prégabaline

(MES)USAGES DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

• Opioïdes-Tramadol • Benzodiazépines • Prégabaline

.....
Directeur de publication : **Nicolas Bonnet**

Coordination : **Nicolas Bonnet, Mélissa Pourcel, Marianne Hochet**

Réalisé avec le soutien de la Direction générale de la santé
.....

Ont contribué à sa rédaction :

Sylvain Balester (CSAPA Clémence Isaure, Toulouse), Laetitia Beghin (ARCA-Sud), Salime Belahcene (EPSM Aube, Troyes), Paco Bisbal (CSAPA APORIA, Nanterre), Michael Bisch (Société internationale de médecine des addictions), Julien Bouvret (Groupement Addictions Franche Comté), Guillaume Brouessard (Réseau Oté !, île de la Réunion), Mathieu Chappuy (Hospices civils de Lyon), Sophie Choulika (ANSM), Collectif Quinzaine Stupéfiante et Radio Bam Marseille, Charlotte Coupaye-Barilly (Jusqu'à l'Aube, Metz), Christelle Cros (Addict'AIDE), Armelle Crosse-Guimont (Réseau Oté !, île de la Réunion), Kevin Dubost (Amicale du Nid, Marseille), Hôpital Marmottan Paris, Jérôme Evanno (communauté thérapeutique d'Assouindé Côte d'Ivoire et journal L'Arbre à Palabres), Augusto Fernandez (ANSM), Martin Garret (ANSM), Romain Giraud (CSAPA/CAARUD Bus 31/32, Marseille), Alexandre Guilbert (SAFE), Bastien Guillermin (CSAPA APORIA, Nanterre), Dina Habib-Hanawi (ANSM), Daniel Karinthe (Cap 14, Addictions France), Guillaume Landarchet (Hors la Rue, Montreuil), Maryse Lapeyre-Mestre (Centre d'addictovigilance, CHU Toulouse), Maëla Le Brun (CSAPA/CAARUD Bus 31/32, Marseille), Solange Lefol (PASS du CH des Escartons, Briançon), Victor Martin (CSAPA/CAARUD Bus 31/32, Marseille), Julie-Soleil Meeson (Association des intervenants en dépendance du Québec), Guillaume de Preneuf (ANSM), Anna Pelibossian (ANSM), Marion Perrin (ANSM), Anne Roussin (Centre d'addictovigilance, CHU Toulouse), Lionel Sayag (Association PROSES, Montreuil), Corine Vincent (CSAPA La Source, Mont-de-Marsan).

Citation recommandée

BONNET N, POURCEL M, HOCHET M, *(Mes)usages de médicaments psychotropes*, RESPADD, Paris, mai 2025, 148 pages.

© Édition Respadd 2025
www.respadd.org

Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme
Tirage : mai 2025 – Imp. Chauveau
Dépôt légal : mai 2025
Exemplaire gratuit, ne peut être vendu
ISBN : 978-2-490727-19-3

Avant-propos

Il est bien connu que les médicaments psychotropes sont efficaces pour traiter et gérer diverses maladies et affections. Cependant, ils sont également associés à divers mésusages et effets indésirables évitables : troubles cognitifs, risques accrus de chutes, surdoses, pharmacodépendance, décès. Le guide présenté ici s'intéressera particulièrement au tramadol, à la prégabaline et aux benzodiazépines.

Les benzodiazépines sont une classe de médicaments psychotropes particulièrement surveillée. Ces molécules peuvent aider à réduire l'anxiété et faciliter le sommeil. Elles sont également utilisées comme relaxant musculaire, pour induire le sommeil avant une chirurgie ou d'autres interventions médicales, ainsi que dans le traitement des convulsions et le sevrage de l'alcool. Les benzodiazépines sont aussi appelées tranquillisants mineurs, sédatifs ou hypnotiques. Il s'agit des psychotropes les plus prescrits dans le monde.

Lorsqu'elles sont utilisées de façon appropriée, les benzodiazépines sont des médicaments sûrs et efficaces. Toutefois, elles peuvent induire une dépendance et faire l'objet d'abus. C'est pourquoi il est généralement recommandé de n'en faire qu'un usage occasionnel ou de courte durée. De ce fait, les benzodiazépines font partie de ces groupes de médicaments qui nécessitent un accompagnement particulier. Aujourd'hui, elles sont également la cible des trafiquants qui produisent de nouvelles molécules pour alimenter le marché parallèle. Ainsi, de nouvelles substances psychoactives (NPS) de type benzodiazépine ont fait leur apparition ces dernières années. Il s'agit souvent de médicaments récemment développés ou développés il y a des années mais qui ont récemment refait surface, comme l'étizolam. Les « benzodiazépines de rue » sont parfois vendues sous l'apparence de médicaments authentiques dans des emballages contrefaits mais on les trouve le plus souvent sous forme de comprimés vendus en vrac.

Comme dans d'autres domaines de la santé, une évaluation efficace du bon usage des médicaments repose sur la collaboration entre tous les professionnels et équipes soignantes, mais aussi avec les usagers et leurs proches. Cette collaboration inclusive est la clé de la réussite d'un accompagnement de qualité, indispensable pour éviter toute complication. Par exemple, de nombreuses études suggèrent que l'envoi d'un courrier d'information aux bénéficiaires de soins détaillant les problèmes liés à l'utilisation prolongée de benzodiazépines et les encourageant à réduire progressivement, et si possible à arrêter, leur consommation constitue une intervention efficace, même chez les personnes ayant déjà été conseillées ou ayant tenté une réduction.

Ce guide se veut être une ressource pour aider les professionnels de la relation d'aide, médicaux et non médicaux, à prendre des décisions éclairées pour favoriser le bon usage des médicaments psychotropes. Il est à destination tant des professionnels eux-mêmes que des bénéficiaires de soins et de leurs proches.

Pr Amine Benyamina,
Président du RESPADD

Table des matières

1.	VUE D'ENSEMBLE	7
1.1.	Définitions	8
1.1.1.	Pharmacodépendance et troubles de l'usage	8
1.1.2.	Addictovigilance	15
1.1.3.	Polyconsommations	16
1.1.4.	Iatrogénie	17
1.1.5.	Surdose	17
1.1.6.	Réduction des risques	18
1.2.	Médicaments psychotropes	19
1.2.1.	Introduction : définition et choix des médicaments présentés	19
1.2.2.	Données en population générale	21
1.2.3.	Prescription et approvisionnement	22
1.2.4.	Publics et contextes spécifiques	22
1.3.	Parler des usages de produits avec les bénéficiaires de soins et usager-es	33
1.4.	Prises en charge spécialisées	37
2.	PRODUITS	41
2.1.	ANTALGIQUES OPIOÏDES : FOCUS SUR LE TRAMADOL	42
2.1.1.	Présentation	42
2.1.2.	Indications et recommandations	48
2.1.3.	Pharmacodépendance, troubles de l'usage et prévention	55
2.1.4.	Recommandations de prise en charge addictologique en cas de troubles de l'usage d'opioïdes	59
2.1.5.	Cas clinique	62
2.1.6.	Tendances récentes	65
2.1.7.	Vue d'ailleurs	66
POINTS CLÉS	À RETENIR	68
	À FAIRE	69
2.2.	BENZODIAZÉPINES	70
2.2.1.	Présentation	70
2.2.2.	Indications et recommandations de prescription	74
2.2.3.	Pharmacodépendance, troubles de l'usage	77
2.2.4.	Recommandations de prise en charge addictologique	79
2.2.5.	Cas clinique	83
2.2.6.	Tendances récentes	84
2.2.7.	Vue d'ailleurs	85
POINTS CLÉS	À RETENIR	88
	À FAIRE	89

2.3. PRÉGABALINE 90

2.3.1.	Présentation	90
2.3.2.	Indications et recommandations	93
2.3.3.	Pharmacodépendance, troubles de l'usage	95
2.3.4.	Recommandations de prise en charge addictologique	99
2.3.5.	Cas cliniques	101
2.3.6.	Vue d'ailleurs	106

POINTS CLÉS	À RETENIR	108
	À FAIRE	109

3. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES 111

3.1.	Prescriptions, approches et informations aux bénéficiaires de soins ...	112
3.2.	Symptômes et conduites à tenir en cas de surdose	114

4. RÉDUCTION DES RISQUES : CE QU'IL FAUT RETENIR 117

5. ESPACE RESSOURCES 121

5.1.	Boîte à outils	122
5.1.1.	Classement des produits et interactions	122
5.1.2.	Échelles d'évaluation des mésusages et d'attachement au médicament	127
5.1.3.	Approches non médicamenteuses	132
5.1.4.	Prise en charge en contexte d'urgence vitale	135
5.2.	Dispositifs de prises en charge	141
5.2.1.	Addictologie et réduction des risques	141
5.2.2.	Psychiatrie – Santé mentale	142
5.3.	Ressources	143
5.3.1.	Institutionnelles et associatives (hors communautaire)	143
5.3.2.	Communautaires	143
5.3.3.	Travaux de recherches, revues	146
5.4.	Numéros d'urgence	147





1 | VUE D'ENSEMBLE

- > Définitions
- > Médicaments psychotropes
- > Parler des usages de produits avec les bénéficiaires de soins et usager·es
- > Prises en charge spécialisées

1.1. | Définitions

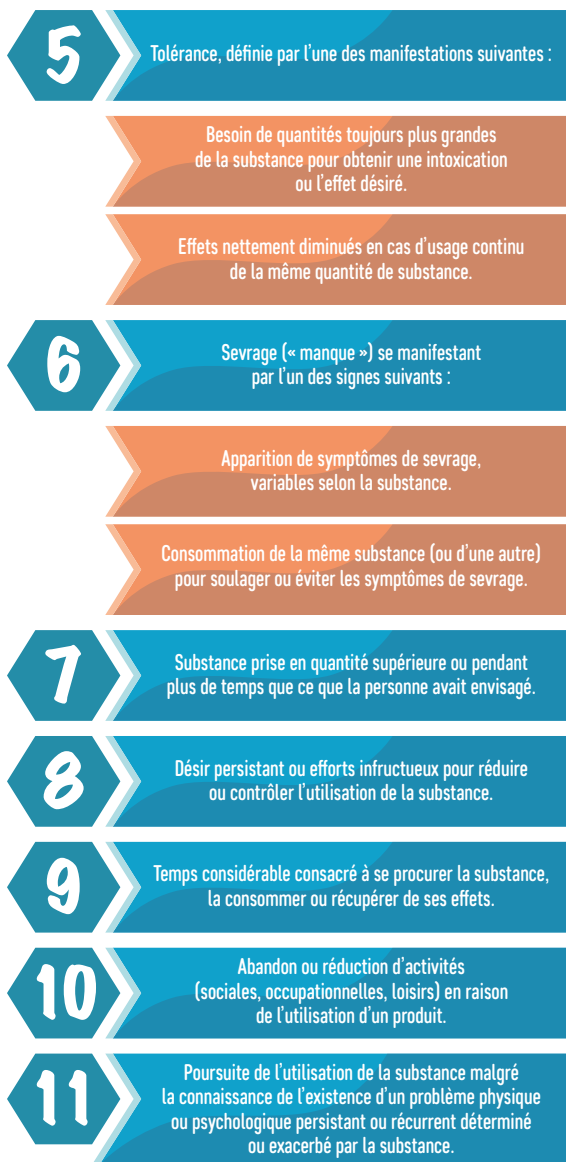
1.1.1. | Pharmacodépendance et troubles de l'usage

La pharmacodépendance est l'ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, d'intensité variable, dans lesquels **l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire**. Les caractéristiques essentielles sont le **désir compulsif** de se procurer et de prendre la/les substance(s) ainsi que 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 individuels et de santé publique ⁽¹⁾.

Il y a alors trouble de l'usage **lorsqu'au moins deux des onze critères du DSM-5 se sont manifestés, à un moment quelconque, sur les 12 derniers mois**. **Le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique** – quels que soient le produit consommé et le cadre de sa consommation. Il passe souvent inaperçu par l'utilisateur qui pense maîtriser sa consommation.

- 1 Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
- 2 Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- 3 Craving ou désir urgent de consommer.
- 4 Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

(1) Article R5132-97 du Code de la santé publique



LA SÉVÉRITÉ DES TROUBLES DÉPEND DU NOMBRE DE CRITÈRES CONSTATÉS :

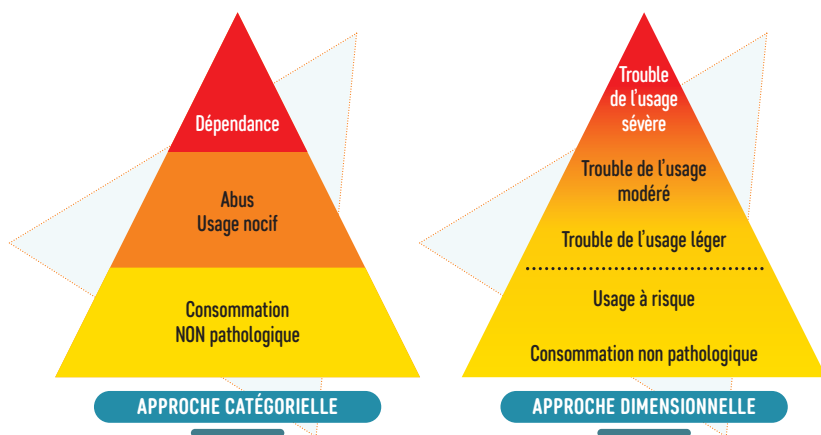
- 2-3 critères : trouble léger
- 4-5 critères : trouble modéré
- 6 critères ou plus : trouble sévère.

► FIGURE 1 Évaluation du trouble de l'usage

Source : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

La classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans sa 11^e révision (CIM-11 ⁽²⁾) définit :

- **l'usage nocif** comme un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les **complications** peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques ;
- **l'abus de substances psychoactives** comme une consommation qui donne lieu à des **dommages** dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux. Cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits ;
- **la dépendance** comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un **désinvestissement progressif des autres activités**. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des reprises de consommation, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.



► **FIGURE 2** Approches catégorielle et dimensionnelle des troubles de l'usage
 Source : « Engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives (alcool, tabac et stupéfiants) »
 Plateforme RSE disponible sur le site de la MILDECA.

(2) En vigueur depuis 2022, les troubles liés à une substance se trouvent au chapitre 6 « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » sous la rubrique « Troubles dus à l'utilisation de substances ou à des conduites addictives ». CIM 11 version française : <https://icd.who.int/fr>



Pour un diagnostic, **au moins trois des manifestations suivantes** doivent avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. **désir puissant ou compulsif** d'utiliser une substance psychoactive (*craving*) ;
2. **difficultés à contrôler** l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. **syndrome de sevrage** physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. **tolérance aux effets** de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. **abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts** au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. **poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives**. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Dans ce guide, les mésusages font référence à :

- **des prescriptions ne respectant pas les recommandations** : durée, dosage du traitement, âge, interactions possibles, information sur les bénéfices/risques ;
- **un usage détourné « intentionnel »** :
 - > **un défaut d'observance thérapeutique** : prise de doses plus élevées, autre voie d'administration tout en respectant la posologie prescrite, dépassement de la durée, recours au nomadisme médical, association volontaire avec d'autres produits... ;
 - > **une obtention et une prise du médicament hors circuit thérapeutique** : traitement d'un proche, achat auprès d'un vendeur de rue, échanges de substances, falsification d'ordonnances, achat sur des pharmacies en ligne non réglementées.

Dans les « Bonnes pratiques de pharmacovigilance » ⁽³⁾ de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les mésusages sont définis ainsi :

- **Mésusage** : usage non conforme aux termes de l'autorisation, de l'enregistrement ou du cadre de prescription compassionnelle ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques, intentionnel, dans un but médical et inapproprié.

(3) www.ansm.fr : « Bonnes pratiques de pharmacovigilance » mis à jour en juin 2022.

- **Usage hors autorisation de mise sur le marché (AMM)** : usage non conforme à une autorisation ou un cadre de prescription compassionnelle, intentionnel et approprié au regard des données acquises de la science.
- **Usage détourné** : consommation d'un médicament à des fins récréatives, ainsi que sa prescription, son commerce ou toute autre utilisation à des fins frauduleuses ou lucratives.



Les personnes adaptent leurs consommations en fonction des effets recherchés et de l'offre de produits sur le marché (prescriptions, rue). Ainsi, **les glissements d'un produit à un autre sont fréquents.**

Les principales motivations aux (més)usages de médicaments psychotropes sont polyformes et peuvent se superposer :

- **thérapeutique ou « auto-thérapeutique »** en lien avec des douleurs physiques ou morales, insomnies, anxiété ;
- **effet « défonce »** seuls ou en association avec d'autres produits (des effets spécifiques ou atténuations d'effets peuvent être recherchés en combinant plusieurs produits) ;
- **gestion de la descente ou limitation du « craving »** avec, par exemple, l'utilisation de benzodiazépines pour dormir à la suite d'une session de consommation de produits stimulants ;
- **réponse à une dépendance** : augmentation des doses sans avis médical, prolongation de la durée de prise avec recours au marché illicite ou nomadisme médical ;
- **démarche de sevrage** pour gérer l'anxiété, l'insomnie liées à l'arrêt ou la diminution d'un autre produit ;
- **soumission chimique** en vue de commettre un méfait.



L'ordonnance numérique ⁽⁴⁾ est un service intégré dans le logiciel des professionnels de santé qui permet de dématérialiser le circuit de la prescription entre les médecins libéraux ou salariés, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et les professionnels prescrits.

Elle simplifie et sécurise le circuit de transmission de la prescription depuis sa création jusqu'à la réalisation par le pharmacien ou par le professionnel de la LPP, et à terme les autres professionnels prescrits. Elle concourt à fluidifier et à fiabiliser les échanges entre les médecins et les professions prescrites et ainsi à favoriser la coordination des soins.

Le service ordonnance numérique permet :

- aux médecins de tout prescrire en ordonnance numérique (médicaments, dispositifs médicaux, analyses de biologie médicale, actes infirmiers et de kinésithérapie, etc.) à l'exception de l'imagerie médicale et du transport sanitaire ;
- aux professionnels prescrits de consulter, d'exécuter et d'intégrer l'ordonnance numérique dans leur logiciel métier.



Soumission chimique et idées reçues⁽⁵⁾

DÉFINITION La soumission chimique est l'administration à des fins criminelles (viols, actes de pédophilie) ou délictuelles (violences volontaires, vols) de substances psychoactives (SPA) à l'insu de la victime ou sous la menace.

Données concernant les cas de soumission chimique vraisemblable en 2022⁽⁶⁾ :

- les victimes sont à **prédominance féminine** ;
- l'**agression sexuelle** est la principale agression rapportée ;
- l'administration de substances a lieu majoritairement en **contexte festif** ;
- la **boisson alcoolisée** est le principal vecteur suspecté. Dans un peu plus d'1/10 cas, l'auteur n'a eu recours à aucun vecteur (prise forcée ou leurre).
- 1/5 victime présente des traces de violence physique et 1/2 rapporte une amnésie des faits ;
- comme chaque année, les **médicaments sédatifs** sont **majoritairement incriminés (56,7 %)**. Les substances non médicamenteuses se maintiennent quant à elles au niveau le plus haut (43,3 % en 2022 vs 27,8 % en 2020) avec les stimulants en tête et notamment la MDMA/ecstasy. Les données montrent pourtant la persistance de l'idée reçue selon laquelle le GHB/GBL serait l'unique « drogue du violeur ».

En effet, le GHB est souvent cité dans les médias, sur les réseaux sociaux, dans les conversations, comme étant la substance utilisée dans le cadre de soumission chimique. Ces contenus font rarement suite à des résultats d'analyse validés et relèvent d'une croyance diffusée autour de cette substance. Les données d'addictovigilance montrent bien que le GHB/GBL est une substance parmi d'autres incriminées dans le cadre des soumissions chimiques et elle n'arrive pas en première position.

(4) Information de l'Assurance Maladie. Pour plus de précisions : consulter l'ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique.

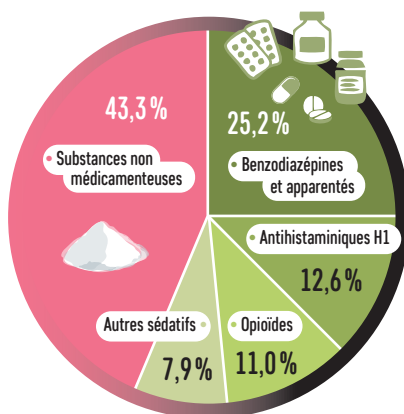
(5) Pour aller plus loin : « Soumission chimique » Résultats de l'enquête 2022 coordonnée par le Centre d'addictovigilance de Paris avec le soutien de l'ANSM.

(6) L'imputabilité « vraisemblable » attribuée par le CEIP-A rapporteur tient compte de la documentation du cas et de critères précis (par exemple symptômes correspondant sur le plan pharmacologique à la substance suspectée, résultats d'analyse toxicologique chez la victime ou du produit consommé).



Soumissions chimiques et idées reçues (suite)

Substances non médicamenteuses	Nb	%
MDMA	12	21,8
Cocaïne	12	21,8
Cannabis	9	16,4
GHB/GBL	6	10,9
Alcool	6	10,9
3-MMC	4	7,3
3-CMC	1	1,8
3-Fluoroéthamphétamine	1	1,8
Alpha-PHP	1	1,8
Kétamine	1	1,8
Ibogaïne	1	1,8
Scopolamine	1	1,8



Benzodiazépines et apparentés	Nb	%
Bromazépam	7	21,9
Zoplicone	5	15,6
Diazépam	4	12,5
Zolpidem	4	12,5
Midazolam	3	9,4
Alprazolam	3	9,4
Lorazépam	2	6,3
Clobazam	1	3,1
Loprazolam	1	3,1
Lormétazépam	1	3,1
Oxazépam	1	3,1

ANTI-H1	Nb	%
Hydroxyzine	5	31,2
Oxomémazine	3	18,7
Doxylamine	3	18,7
Cétirizine	2	12,5
Chlorphénamine	1	6,3
Diphénhydramine	1	6,3
Ebastine	1	6,3

OPIOÏDES	Nb	%
Tramadol	5	35,7
Codéine	5	35,7
Oxycodone	1	7,1
Buprémorphine	1	7,1
Morphine	1	7,1
Pholcodine	1	7,1

AUTRES SÉDATIFS	Nb	%
NEUROLEPTIQUES	4	40
Cyamémazine	2	20
Loxapine	1	10
Risperidone	1	10
GABAPENTINOÏDES	2	20
Prégabaline	2	20
ANTIDÉPRESSEURS	2	20
Duloxétine	1	10
Sertraline	1	10
AUTRES	2	20
Métopizamine	1	10
Etifoxine	1	10

► **FIGURE 3** Substances incriminées dans les cas de soumission chimique rapportées en France en 2022

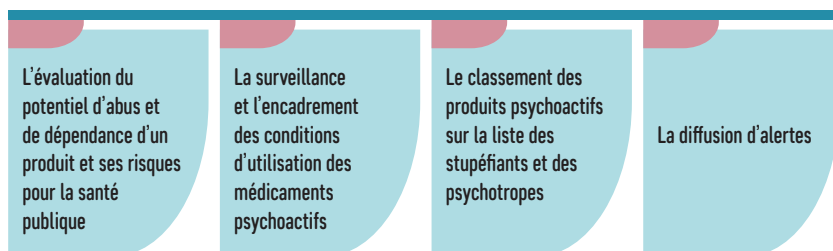
Source : « Soumission chimique » Résultats de l'enquête 2022 coordonnée par le CEIP-A de Paris avec le soutien de l'ANSM.



Le Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances (CRAFS), canal unique de téléconseil, garantit à l'ensemble des victimes un accès facilité à des ressources validées. Il permet également de rompre l'isolement des professionnel·les et d'assurer une meilleure formation et coordination des acteur·rices impliqué·es dans la prise en charge des victimes⁽⁷⁾.

1.1.2. | Addictovigilance

L'addictovigilance⁽⁸⁾ vise la **surveillance des cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné** liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif (en dehors du tabac et de l'alcool).



► **FIGURE 4** Les missions du réseau d'addictovigilance
Source : « Pharmacodépendance (addictovigilance) » sur le site de l'ANSM.

Plusieurs enquêtes annuelles sont réalisées par les centres d'addictovigilance depuis une vingtaine d'années.

L'enquête DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) a pour objectif de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, d'identifier les substances impliquées (médicaments ou drogues illicites), d'évaluer leur responsabilité dans la survenue du décès et d'estimer le nombre de décès survenus en France dans ce contexte.

L'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) est un dispositif de pharmacosurveillance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives. C'est une enquête transversale,

(7) <https://lecrafs.com>

(8) Définition de l'ANSM.

annuelle et nationale. Les centres d'addictovigilance sollicitent sur leur territoire des structures sanitaires spécialisées dans la prise en charge des addictions afin de collecter des informations sur les substances et leurs modalités de consommation auprès des bénéficiaires de soins présentant un abus, une dépendance ou traitements de la dépendance aux opioïdes (TDO).

L'enquête OSIAP (recueil des Ordonnances suspectes indicateur d'abus possible) recueille auprès d'un échantillon de pharmaciennes des ordonnances suspectes qui sont analysées. La définition du terme « ordonnance suspecte » correspond à une ordonnance qui n'est pas la traduction d'une prescription médicamenteuse selon les critères réglementairement admis. Elle inclut :

- les ordonnances rédigées à partir d'une ordonnance volée, les ordonnances photocopiées, scannées, fabriquées sur ordinateur ;
- les ordonnances modifiées proprement dites, c'est-à-dire les ordonnances valides, secondairement modifiées (par adjonction d'un médicament ne figurant pas initialement, ou par modification de la posologie ou de la durée du traitement) ;
- les autres prescriptions suspectes ne rentrant pas dans les deux premières situations ⁽⁹⁾.

1.1.3. | Polyconsommations

Ce terme fait référence aux **consommations simultanées ou rapprochées d'au moins deux produits psychoactifs** dans le cadre d'une :

- **recherche d'effets** particuliers induits par l'association de plusieurs produits (cocktail) ;
- **atténuation des effets indésirables, d'un *bad trip* et/ou de la « descente »** d'un produit avec un autre (par exemple : prise d'une benzodiazépine pour stopper un *bad trip* d'hallucinogènes ou pour dormir à la suite d'une session de consommation de stimulants) ;
- consommation de produits psychoactifs de manière récréative ou régulière chez une **personne sous traitement avec un/des médicament(s) psychotropes**.



► 5.1.1. Classement des produits et interactions : page 122

(9) Pour accéder à l'ensemble des dispositifs d'addictovigilance, déclarer des cas d'abus : www.addictovigilance.fr



1.1.4. | Iatrogénie

La iatrogénie désigne l'ensemble des **conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale** (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique), de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé.

En général, **dans le cadre de la prise de médicaments psychotropes**, plusieurs causes peuvent se présenter :

- prise excessive de médicaments,
- interactions médicamenteuses,
- indications inadaptées,
- manque de réévaluation,
- traitements prolongés,
- automédication, mauvaise observance thérapeutique.

Chez les bénéficiaires de soins présentant des conduites addictives, on retrouve régulièrement :

- une concomitance de plusieurs troubles (comorbidités, pathologies duelles) ;
- une polymédication en lien avec des pathologies somatiques, neurologiques ou psychiatriques (le·a prescripteur·rice se retrouve alors à manier plusieurs traitements de manière concomitante).

Les facteurs favorisants :

- prescriptions :
 - > multiples (avec plusieurs prescripteur·rices différent·es),
 - > complexes (avec plusieurs traitements associés),
- méconnaissance des effets indésirables et des interactions (association de plusieurs psychotropes),
- prescriptions à la demande : « si besoin »,
- manque de réévaluation des indications.

1.1.5. | Surdose

Une surdose correspond à la **prise d'une dose ou d'un dosage excessif d'un produit psychoactif** susceptible d'entraîner la mort. Les surdoses peuvent également survenir en cas d'association de plusieurs produits :

- **de catégories similaires : ce qui augmente le risque de la catégorie.**
Par exemple : la prise de plusieurs déprimeurs du système nerveux central – entre autres les benzodiazépines, l'alcool, les opioïdes, la kétamine – augmente les risques de dépression respiratoire ; la prise de plusieurs agents

sérotoninergiques – entre autres le tramadol, la MDMA/ecstasy – augmente le risque de survenue d'un syndrome sérotoninergique ;

- **de catégories différentes et dont les effets d'un produit estompent ceux d'un autre** ce qui majore le risque de surconsommation de chacun.

Par exemple, la prise de cocaïne (produit stimulant) atténue les effets ressentis de l'alcool (produit dépressif du système nerveux central) ; le cocktail opioïdes (morphine, héroïne, etc.)/produits stimulants (cocaïne, amphétamines, etc.) mélange les effets ressentis stimulation/dépression du système nerveux central.



► 3.2. Manifestations et conduites à tenir en cas de surdose : page 114



► 5.1.1. Classement des produits et interactions : page 122

► 5.1.4. Prise en charge des urgences vitales : page 135

1.1.6. | Réduction des risques

La réduction des risques (RdR) en matière d'usages de substances psychoactives est une **démarche de santé publique pragmatique dont le but premier ne vise pas l'abstinence**, pour celles et ceux qui ne le peuvent pas ou ne le souhaitent pas, mais la limitation des risques :

- **somatiques** : accidents, surdoses, infections en lien avec le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc. ;
- **psychiatriques** : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc. ;
- **sociaux** : violences, insécurité routière, exclusion, précarité ;
- **judiciaires** : poursuites pénales, incarcération ⁽¹⁰⁾.

La RdR repose sur :

- **une posture** : suspendre son jugement, considérer l'usager·e expert·e de ses propres pratiques, créer une alliance thérapeutique ;
- **des messages** : favoriser l'accès à l'information autour des produits (dosages, effets attendus, interactions, risques à court terme, moyen terme) et des modes de consommation (voie orale, intranasale, intraveineuse ou intramusculaire, rectale) ;

(10) Pour aller plus loin : « L'essentiel sur la réduction des risques et des dommages » de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).



- **des outils** : matériel stérile ou propre en quantité suffisante, accessible et adapté aux modes de consommation. L'intérêt est de minimiser les risques d'infections et/ou de transmission de virus en évitant le partage de matériel et/ou une trop grande réutilisation ⁽¹¹⁾.

1.2. | Les médicaments psychotropes

1.2.1. | Introduction : définition et choix des médicaments présentés

Les **médicaments psychotropes** sont des médicaments dont l'effet principal s'exerce sur les fonctions psychiques et le comportement. La classification de J. Delay et P. Deniker, toujours en vigueur, différencie ⁽¹²⁾ :

- les **psycholeptiques ou sédatifs psychiques** ayant en commun d'exercer une **action frénatrice** (baisse de vigilance, facilitation du sommeil, diminution de l'anxiété ou encore des symptômes psychotiques) : les hypnotiques, les neuroleptiques et les tranquillisants ;
- les **psycho-analeptiques ou stimulants psychiques** produisant un **effet d'activation** : les stimulants de la vigilance, les stimulants de l'humeur (les antidépresseurs) ;
- les **psycho-iso-leptiques ou thymorégulateurs** (prévention des récives de la maladie bipolaire) ;
- les **psychodysleptiques ou perturbateurs psychiques** exceptionnellement utilisés à des fins thérapeutiques : dérivés du cannabis, kétamine, champignons hallucinogènes, LSD, etc.

Leur consommation peut faire l'objet de mésusages et/ou de troubles de l'usage. Les mésusages sont polyformes :

- prescriptions ne respectant pas le cadre des recommandations,
- bénéficiaires de soins poursuivant un usage en dehors de toute indication thérapeutique ;

(11) Brochure « Prévention combinée » – COREVIH POC.

(12) Cours de P. Deniker « Psychopharmacologie et psychopathologie » disponible dans le Bulletin de psychologie de 1963, 16-219, pp. 826-854.

- usager-es consommant ces produits hors de toute relation thérapeutique (cadre récréatif, autothérapeutique...).

Ce guide s'attache à décrire spécifiquement les opioïdes (en proposant un focus sur le tramadol), les benzodiazépines et la prégabaline car :

- les demandes de prises en charge addictologique en lien avec des consommations de **tramadol** ont augmenté. Sa prescription et son usage sont très fréquents en France. Il est par ailleurs largement retrouvé dans les décès par surdose chez des personnes ayant ou non des troubles de l'usage ;
- les **benzodiazépines** sont largement prescrites ou utilisées hors cadre thérapeutique ;
- la **prégabaline** est consommée par des publics particulièrement difficiles d'accès et faisant face à des situations d'extrême précarité et des psychotraumatismes multiples.

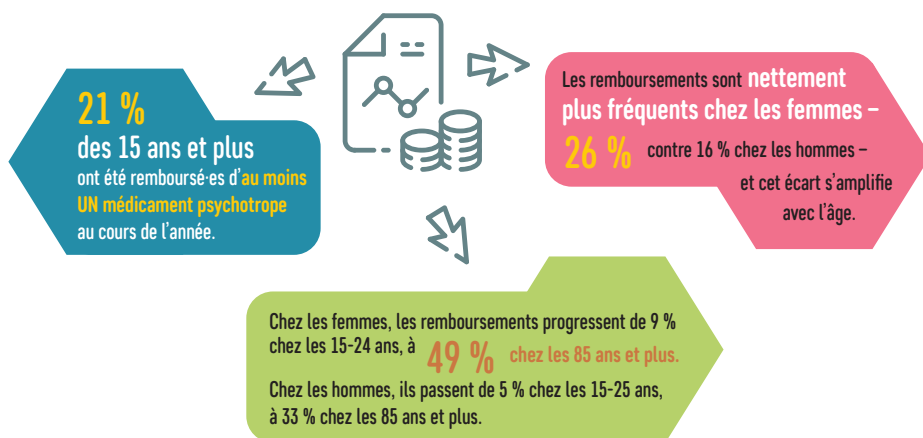
Les usages de ces produits ne sont pas toujours assimilés à des usages de « drogues » par leurs consommateur-rices. Par ailleurs, les médicaments, contrairement aux substances illicites provenant du marché clandestin, sont vus comme des **produits « sûrs »** (contrôlés, non coupés, relativement faciles d'accès). Pourtant, certaines de ces molécules sont vendues sur des sites Internet non réglementés, se faisant parfois passer pour des pharmacies en ligne, ou peuvent être vendues comme d'autres produits sur le marché illicite. Certaines peuvent alors entrer dans la catégorie des « nouveaux produits de synthèse » (hors substances médicamenteuses) et être une « contrefaçon » de la molécule vendue.

Dans tous les cas, et même si leur provenance est sûre,
le (mé)susage de ses substances peut comporter des risques,
selon la situation de la personne, son état de santé,
son contexte de vie et les autres substances consommées.



1.2.2. | Données en population générale

L'expérimentation d'un tranquillisant ou d'un somnifère sans ordonnance médicale était récemment déclarée par 7,0 % des lycéen·nes, les filles étant toujours plus souvent concernées que les garçons (7,6 % vs 6,4 %) ⁽¹³⁾.



► **FIGURE 5** Les remboursements de médicaments psychotropes par âge et par genre en France
Source : « Médicaments psychotropes non opioïdes » Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier, OFDT.

Dans le cadre d'une prescription de médicaments psychotropes, il est primordial d'informer le·a bénéficiaire de soins sur les risques de troubles de l'usage et de mésusages. Il est ainsi nécessaire de :

- privilégier une **approche centrée sur la personne** : aborder le rapport aux produits, le contexte de vie de la personne et les autres consommations, repérer un éventuel nomadisme médical ;
- assurer le **suivi** ;
- privilégier les **rendez-vous rapprochés** ;
- prescrire les **durées de prescription** ;
- déclarer les **effets indésirables**.



► 1.3. Parler des usages de produits avec les bénéficiaires de soins et usager·es : page 33

(13) OFDT « Médicaments psychotropes non opioïdes ». Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier.

À noter que les médicaments psychotropes [auxquels font référence l'étude] sont les anxiolytiques-hypnotiques (benzodiazépines et apparentés pour la plupart), antidépresseurs, antipsychotiques, régulateurs de l'humeur et psychostimulants comme le méthylphénidate (Ritaline®).

1.2.3. | Prescription et approvisionnement

En cas de troubles de l'usage, les médicaments psychotropes font suite ou proviennent de :

- **prescriptions ne respectant pas les recommandations** (durée maximum du traitement par exemple) ;
- **prescriptions multiples** obtenues par nomadisme médical ;
- achat de **rue** ou sur **Internet** ;
- dons, échanges avec des **personnes de l'entourage** ou vol de traitement de ces dernières ;
- **falsification d'ordonnances** (réalisées soi-même ou achetées sur un marché illégal) ⁽¹⁴⁾.

Lors de l'enquête OSIAP – Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possible – datant de 2022, le tramadol était le médicament psychotrope le plus cité, suivi de la codéine, de la prégabaline, de la codéine associée au paracétamol, de l'alprazolam, du zolpidem, du zopiclone, du bromazépam puis du fentanyl.

1.2.4. | Publics et contextes spécifiques

1.2.4.1. | Usager-es de drogues

La consommation de médicaments par les usager-es de drogues se caractérise par une **continuité entre usage et mésusage chez un même individu dont la santé psychique et la « carrière » d'usager-e de drogues** – puis éventuellement la « carrière » du/de la bénéficiaire de soins – connaîtront de nombreuses oscillations.

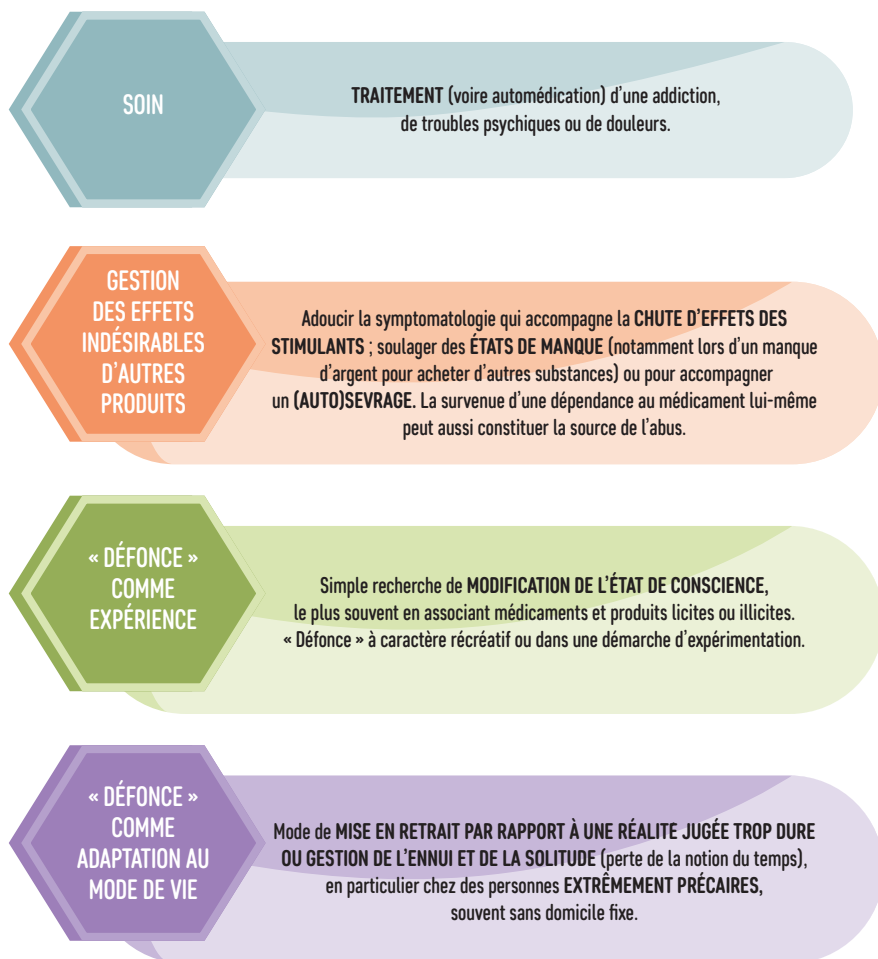
Les **objectifs recherchés** dépendent des phases du parcours d'un-e consommateur-ice, du groupe d'usager-es auquel on peut le-a rattacher, des contextes de consommation qui peuvent se succéder chez un-e usager-e au cours d'une même période et, bien sûr, des familles de substances. Les usager-es expérimenté-es modulent les doses et les associations pour obtenir les effets désirés et éviter des effets non souhaités ⁽¹⁵⁾.

(14) Addictovigilance/Données OSIAP – Bulletin par année accessible sur le site Internet.addictovigilance.fr

(15) Expertise collective « Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances » INSERM – 2011.



L'usage va d'autant plus s'éloigner du mésusage que la personne usagère de drogues se rapproche du soin. Alors que l'usage de médicaments psychotropes augmente habituellement avec l'âge en population générale, le mésusage est maximal chez les jeunes usager-es de drogues et diminue avec l'âge ; tout comme le polyusage.



► **FIGURE 6** Quatre cadres fonctionnels principaux de prises de médicaments psychotropes chez les usager-es de drogues

Source : Reynaud-Maurupt et Reynaud, 2003 ; Bello et coll., 2004 ; Cadet-Taïrou et coll., 2010 ; Rigg et Ibanez, 2010 ; Nattala et coll., 2011. Données issues de l'expertise collective « Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances » INSERM – 2011.



>>> RENCONTRE AVEC UN INTERVENANT RdR SUR LE NUMÉRIQUE (KEPS mag)

L'espace numérique des réseaux sociaux touche la France entière et la francophonie.

Quasiment tous les entretiens dématérialisés traitent des médicaments mais pas des mêmes médicaments et pas des mêmes pratiques (dans ou hors circuit thérapeutique, différentes pratiques selon les contextes, les personnes). Il peut y avoir des mésusages qui concernent l'approvisionnement en médicaments hors prescription ou une utilisation de médicaments au-delà de la prescription (par exemple au lieu de prendre du diazépam « si besoin », la personne en prend tous les soirs pour gérer son anxiété à défaut d'autres solutions). L'intervenant évoque à ce titre un **manque d'éducation thérapeutique autour de la santé mentale et de l'utilisation de médicaments psychotropes**.

Dans les entretiens dématérialisés, la porte d'entrée de la demande est rarement celle du médicament. **Cependant, l'intervenant amène la personne à évoquer ses usages de produits au sens large (effets recherchés, risques, fonctions, contextes) et questionne clairement la place des médicaments (traitements, usages hors cadre thérapeutique et modes d'approvisionnement)**. Les personnes rencontrées sur les espaces numériques sont soit déjà suivies, et le numérique constitue une ressource complémentaire en RdR, ou n'ont pas de suivi thérapeutique, et les intervenant-es du numérique ont une fonction d'écoute, de création d'un lien de confiance et d'orientation.

Au début du projet il y a quatre ans, le médicament le plus évoqué était le tramadol. Aujourd'hui il est question d'**usages de prégabaline** prescrite et consommée dans le cadre de sevrages (alcool ou stimulants). De plus, avec le numérique, certaines populations absentes des structures et consommatrices de prégabaline peuvent être touchées : il s'agit de jeunes hommes vivant dans les espaces péri-urbains (quartiers en périphérie des agglomérations ou éloignés des centres-villes).

Les **benzodiazépines** « même pas la peine de les citer car cela concerne tout le monde, surtout prises en descente de stimulants » assure l'intervenant interrogé.

>>> ÉCHANGES AVEC UNE INTERVENANTE EN CONTEXTE FESTIF DANS LE GRAND-EST

L'intervenante interrogée fait état, de façon mineure, de l'utilisation de la prégabaline pour booster les effets de l'alcool en contexte festif alternatif.

Les benzodiazépines sont, quant à elles, utilisées en **descente de stimulants** ou pour **stopper/diminuer les effets des hallucinogènes**, en cas de *bad trip* notamment.

Dans un contexte de consommation croissante de GHB/GBL, le diazépam peut être utilisé pour gérer les angoisses en lien avec l'absence de GHB/GBL. Ces usager-es ont été rencontré-es dans le contexte festif mais les consommations décrites sont plus liées à une automédication hors cadre festif.

NB : l'association benzodiazépine – alcool – GHB/GBL est fortement à risque de causer une dépression respiratoire. Il est nécessaire d'alerter sur la dangerosité de ces mélanges : les trois substances, ou deux d'entre elles, prises de façon concomitante ou rapprochée.





1.2.4.2. | Zoom à la Réunion

Un des CSAPA de l'île de la Réunion partage un protocole interne utilisé quel que soit le médicament psychotrope consommé, à l'exception du clonazépam.



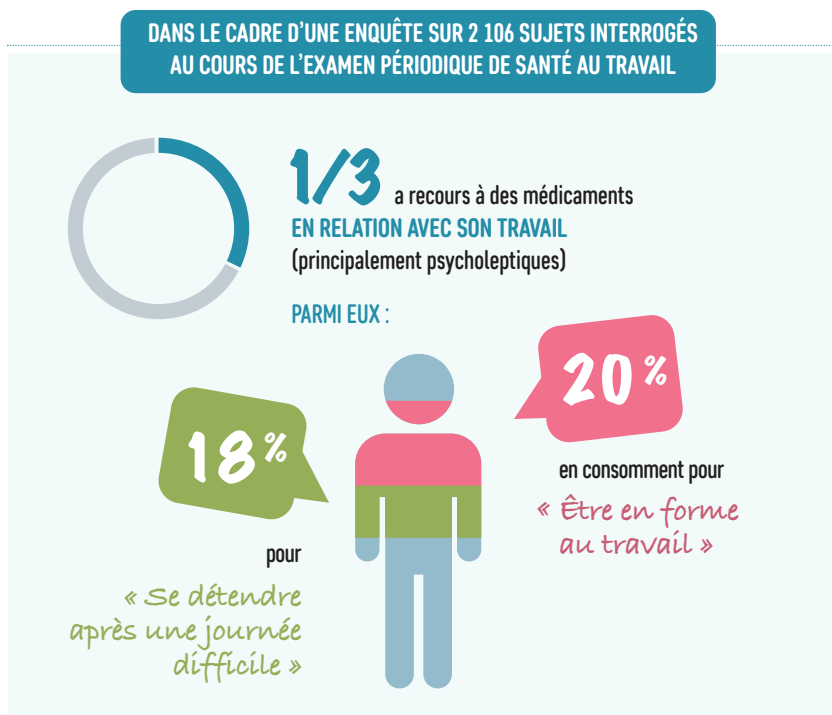
► **FIGURE 7** Prise en charge de troubles de l'usage de médicaments psychotropes en CSAPA : présentation d'un protocole interne

Source : entretien avec l'équipe d'un CSAPA de l'île de la Réunion.

Les prescriptions peuvent être renouvelées pendant plusieurs mois ou plusieurs années, **le temps que la personne, à son rythme, puisse se stabiliser.**

Il est à noter qu'une particularité de l'île de la Réunion est la consommation importante de trihexyphénidyle (Artane®) chez les usager-es accueilli-es en CSAPA.

1.2.4.3. | Consommation et travail

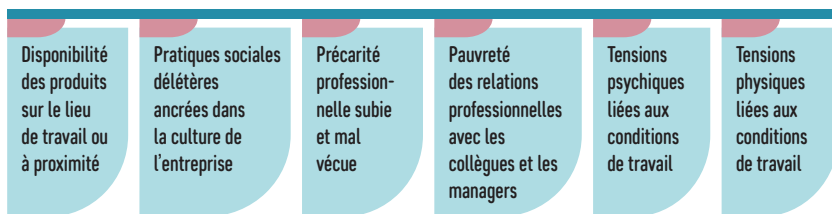


► **FIGURE 8** Consommations de médicaments psychotropes et travail : résultats d'enquête auprès de sujets interrogés au cours de l'examen périodique de santé au travail

Source : Lapeyre-Mestre et coll., 2004 ; Niezborala et coll., 2006. Données issues de l'expertise collective « Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances » INSERM - 2011.

Généralement, **le travail est protecteur concernant les conduites addictives. Cependant, selon le secteur professionnel, le contexte et la nature du travail, il peut aussi aggraver ou induire des conduites addictives** (tous produits psychoactifs confondus, dont les médicaments psychotropes) ⁽¹⁶⁾.

(16) Pour aller plus loin : « L'Essentiel sur ... Addictions en milieu professionnel : employeurs et employés, tous concernés » de la MILDECA.



► **FIGURE 9** Conduites addictives et travail : les six principaux facteurs aggravant les risques psychosociaux

Source : « Les 6 facteurs professionnels aggravant les risques psychosociaux » sur la plateforme web Addictaide.fr.

Afin de repérer d'éventuels mésusages de médicaments psychotropes, ou de toute autre substance psychoactive chez les bénéficiaires de soins, il est nécessaire de les questionner sur leur contexte professionnel (ou sur son absence), la présence d'horaires atypiques, leur fonction (en relation quotidienne avec du public, management avec tensions sociales à gérer), la nature de leur travail (en extérieur, le niveau de pénibilité physique), la disponibilité des produits. Notons à ce titre que les professionnel·les de santé sont concerné·es par plusieurs de ces facteurs (tous dans certaines situations). Ils/Elles sont donc particulièrement à risques de renforcer ou de développer des troubles de l'usage de substances psychoactives notamment des médicaments du point de vue de leur accessibilité ⁽¹⁷⁾.

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) mentionne ⁽¹⁸⁾ que la **prévention des conduites addictives** doit constituer une **priorité de la santé au travail et de la Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT)**.

Afin de mettre en place une stratégie de prévention et de réduction des risques efficace basée sur la prévention collective et la promotion de la santé – avec un double enjeu de santé publique et de santé au travail – les Agences nationales et régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ANART et ARART) et Addictions France, notamment, travaillent pour mettre à disposition des acteur·rices du monde du travail (responsables d'entreprises, représentant·es du personnel, médecins et infirmier·es) des ressources et des méthodes pour prévenir la survenue de conduites addictives ou pour réagir de manière adaptée en cas de repérage de troubles de l'usage.

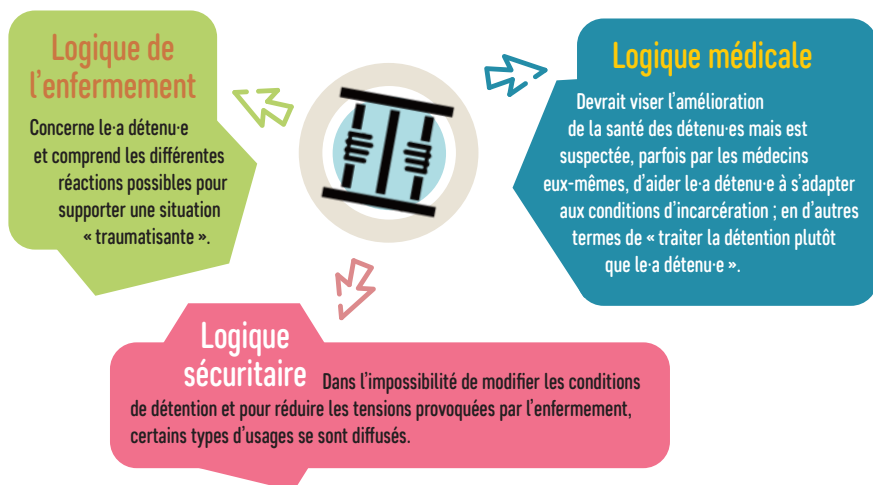
(17) Pour aller plus loin : « La mission FIDES : prévenir les conduites addictives du personnel médical et paramédical de l'AP-HP » sur la plateforme Addict'Aide Pro.

(18) Pour aller plus loin sur les programmes, les ressources « Prévention des conduites addictives en milieu professionnel : des outils pratiques pour agir » sur le site de la MILDECA et l'Accord national interprofessionnel (ANI) de 2020.

1.2.4.4. | Milieu carcéral et consommation de médicaments psychotropes



► **FIGURE 10** Spécificités de la population carcérale par rapport à la population générale
 Source : expertise collective « Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances » INSERM – 2011
 et « Consommations de substances psycho-actives en milieu carcéral : étude qualitative rétrospective » par Patrice
 Fernandes Pereira et Catherine Simon – Psychotropes – Vol. 23 n° 2 – 2017 – pages 35 à 56.



► **FIGURE 11** La consommation de médicaments en prison : trois types de logiques
 Source : expertise collective « Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances » INSERM – 2011
 et « Consommations de substances psycho-actives en milieu carcéral : étude qualitative rétrospective » par Patrice
 Fernandes Pereira et Catherine Simon – Psychotropes – Vol. 23 n° 2 – 2017 – pages 35 à 56.



Quelques motivations à l'usage :

- oublier les problèmes ;
- gérer l'attente (jugement, test VIH, etc.), l'ennui ;
- assimiler, accepter des règles et des normes de vie propres à l'institution carcérale (contraintes, suppression de l'autonomie, disparition de l'intimité vécue comme un viol en dépit d'un sentiment d'isolement) ;
- soutenir une attitude de résignation passive : les détenu-es sont alors ralenti-es par la prise de certains médicaments psychotropes.

PRO



>>> RENCONTRE AVEC LES INTERVENANTS D'UN CSAPA PÉNITENTIAIRE EN RÉGION PARISIENNE

Le CSAPA associatif au sein du centre pénitentiaire intervient auprès des personnes détenues dans les quartiers pour mineur-es (13 – 18 ans) et majeur-es.

Les intervenants évoquent une surprescription de benzodiazépines et apparentées par les médecins de l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) ; particulièrement de diazépam et de zopiclone. Il s'agit de traitements symptomatiques de l'anxiété et de l'insomnie mais aussi, ce qui réactualise les données présentées plus haut, d'une forme de contrôle, de traitement de la détention elle-même.

PUBLIC DONT IL EST QUESTION DANS CE TÉMOIGNAGE

- **Jeunes hommes originaires du Maghreb en situation administrative irrégulière** : ils sont pour la plupart sous le coup d'une Obligation de quitter le territoire français (OQTF) voire d'une Interdiction de territoire français (ITF) et seront emmenés en Centre de rétention administrative (CRA) en sortie de détention.
- Ils présentent pour la plupart une **dépendance** à chacun des produits suivants : prégabaline, benzodiazépines et tabac.
- Ce sont des **primo-condamnés** pour des affaires de vente illégale de cigarettes, de vols simples (sans violence), d'ouverture de squat, autrement dit de **délits souvent « mineurs » liés à la précarité**. Ils sont en maison d'arrêt pour de courtes peines (moins de deux ans) ou, plus rarement, en préventive concernant des crimes.

Les intervenants notent, depuis moins de 10 ans, une **augmentation du nombre de personnes de cette population en détention**, certainement due à la pression policière et aux rares aménagements de peine.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Comme tous les arrivants, ils effectuent le « circuit arrivant » : visite médicale, entretien psychologique, dépistage de la tuberculose et se voient proposer des tests sérologiques VIH/VHC, avec rendu de résultats uniquement s'ils sont positifs.

.../...



Ils sont ensuite placés dans le quartier qui leur est réservé. En effet, une organisation récente se proposant de renforcer la sécurité de ces publics vulnérables⁽¹⁹⁾ a abouti à aménager un quartier qui leur est dédié et des horaires de promenade différents de ceux du reste des personnes détenues. Ils sortent donc, de ce point de vue, du « circuit classique » dans le centre pénitentiaire.

L'UNITÉ SANITAIRE : elle est composée de 3 équivalents temps plein (ETP) infirmier-e diplômé-e d'état (IDE), 2 ETP médecin généraliste, 1,5 ETP psychiatre, 3 ETP psychologue, 1 ETP dentiste pour 1 000 personnes détenues. Également, un radiologue et un podologue interviennent de façon hebdomadaire. Le circuit arrivant demande environ une demi-journée par personne et il y a entre 5 et 20 entrées/jour. L'équipe se trouve donc dans un contexte de surcharge de travail.

LE CSAPA : il cherche à recruter un-e médecin depuis le départ de la précédente mais n'y parvient pas. **L'équipe est donc paramédicale et socio-éducative.** Ainsi, alors que la prégalbine pouvait faire l'objet de prescriptions de la part de la médecin du CSAPA, ce n'est plus le cas. Également, le travail autour de la médication s'en trouve limité.

VÉCUS PARTICULIERS DU PUBLIC CONCERNÉ

Dans un contexte de sous-effectif du personnel sanitaire, d'augmentation de la représentation de cette population en détention, de ce phénomène relativement émergent des consommations massives de prégalbine, cette population a tendance à « susciter le rejet ». En effet, les personnes :

- **ne parlent pas français**, ce qui minimise leur capacité de compréhension des consignes, la possibilité de s'exprimer. Les rapports sont que plus violents avec le personnel du centre, et le « choc carcéral »⁽²⁰⁾ est maximisé, avec des phénomènes de mutisme, de décompensations psychiatriques ;
- présentent plusieurs addictions notamment à la prégalbine et/ou aux benzodiazépines et au tabac. Elles arrivent ainsi « en manque » et en demande de ces produits. Elles ont des difficultés à « gérer la frustration » notamment liée au trouble addictif et peuvent donc se montrer virulentes ;
- présentent des **comorbidités pré-existantes psychiatriques**, avec présence notamment de scarifications chez une grande partie d'entre elles, et **somatiques**. Une part importante d'entre elles a subi des accidents de la route dans le pays d'origine et sur la route de l'exil, a exercé des

.../...

(19) Elles n'ont pas de système de protection au sein de la prison et sont des cibles privilégiées pour les autres personnes détenues. À titre d'exemple, elles étaient « utilisées » lors des promenades pour aller récupérer les colis envoyés depuis l'extérieur et atterrissant entre les murs d'enceinte où il y a des fils barbelés à lames de rasoirs. Elles n'obtenaient que peu ou pas de contreparties, étaient souvent battues si elles refusaient ou se blessaient si elles acceptaient.

(20) « Le choc carcéral, c'est la prison qui atteint chacun dans son corps, dans la satisfaction des besoins les plus intimes, dans l'image de soi, dans la perception du temps et de l'espace, dans le rapport aux autres et au monde. [...] Entre l'adaptation attendue par l'institution du « bon détenu » qui fait son temps sans histoire, qui témoigne de sa coopération au projet de réinsertion et celle, subversive, de celui qui tente de transformer le cadre imposé, les déclinaisons du comment vivre sa prison sont loin d'être uniformes. La prison n'est pas une, et l'image de détenus tous logés à la même enseigne est un mythe [...]. On peut vivre en prison ; exister est plus difficile [...] » Dominique Lhuillier.



métiers pénibles, a été en errance dans leur ville d'origine puis en Europe. La **prégabaline** était alors un médicament pris en automédication dans le traitement de souffrances physiques, morales ou pour supporter les conditions de vie ;

- vivent un **sur-isolement** : elles n'ont pas de contact et de possibilité de contact à l'extérieur, même si elles ont une famille ou des ami-es, ces dernier-ères souvent dans une situation administrative irrégulière ; elles n'ont pas de revenus ; elles sont dans un quartier réservé ;
- elles se voient pour la plupart conduire en **Centre de rétention administrative (CRA)** par la Police aux frontières (PAF) à la **sortie de leur détention**. Cette perspective suscite d'une part beaucoup d'anxiété chez les personnes mais aussi complique, voire rend impossible, la continuité des soins avec des relais à la sortie.



Pourtant, malgré les situations de ces personnes, aux **parcours complexes et traumatiques** (exil, errance, addictions, situation économique et administrative précaire, pression policière et perspective de rétention en CRA), confrontées à un sur-isolement spatial et culturel (langue, absence de visites en prison, quartier réservé), elles font régulièrement l'objet :

- d'une **minimisation de leur souffrance psychique** ;
- d'une **sous-estimation du choc carcéral** particulièrement violent pour ces personnes ;
- de **peu d'écoute et de considération**. Elles montrent leurs blessures pour obtenir de la prégabaline. Un intervenant cite un détenu : « **on ne te croit jamais donc tu utilises ton corps comme preuve** ». Ce comportement peut être interprété comme de l'insistance ou du chantage à la prescription par le personnel.

Les personnes qualifient régulièrement la détention d'« inhumaine » lors des entretiens avec les professionnel·les du CSAPA.

La **question de l'interculturalité** n'est pas prise en compte. Au-delà des aspects interculturels classiques (différences de normes sociales, de pratiques culturelles, stéréotypes), elles sont originaires de pays où la prégabaline est très présente. Bien que son utilisation soit réglementée, par exemple en Algérie depuis 2016, son obtention reste facilitée au marché illicite, ou auprès d'un-e pharmacien-ne connu-e par la personne. La prégabaline est aussi un anxiolytique qui permet à ces jeunes hommes de se sentir « normaux » et « humains » ⁽²¹⁾.

DISPOSITIF SAWIYAN

Ce dispositif parisien assure des prises en charge médicales, psychologiques et sociales de jeunes adultes en exil. Il se compose de professionnel·les du soin et de la relation d'aide originaires des pays des personnes accueillies (Algérie notamment). Des prescriptions de prégabaline sont effectuées afin de permettre aux personnes qui en consomment de sortir de la recherche continue d'argent et de médicaments. Il devient alors possible de commencer un travail sur les dimensions sociales et psychologiques favorisé par la **médiation interculturelle**.

.../...

(21) Propos d'une psychologue et médiatrice culturelle du dispositif Sawiyan lors de son intervention sur la « Journée 2024 du collectif Galilée : exil, déplacement(s) et réduction des risques ».

Une intervenante de ce dispositif, psychologue et médiatrice culturelle, intervient au sein du centre pénitentiaire. Son intervention permet non seulement une traduction darija⁽²²⁾-français, une approche interculturelle de la prise en charge (connaissances des contextes d'origine des personnes et, pour l'équipe du CSAPA, meilleure compréhension des vécus, besoins, demandes). Cet aspect est essentiel pour une prise en charge plus cohérente et soucieuse du vécu de la personne dans son ensemble.

QUE FAIRE ?

Les intervenants insistent : avant toute chose, et qui plus est face aux moyens d'action limités, il est primordial de **considérer les personnes avec dignité**. « **De petites choses font parfois beaucoup** » particulièrement auprès de personnes dont la dignité et l'intégrité sont précisément mises à mal par l'exil et l'incarcération, en l'absence de régularité administrative.

L'amélioration de la santé psychique, se répercutant sur les (envies de) consommations, passe aussi par :

- **l'accès au travail et à des activités** : sentiment d'utilité, sorties plus régulières de la cellule, obtention de revenus ;
- **des entretiens réguliers avec le CSAPA** : écoute, considération, aide à la rédaction de lettres (« tout se fait par lettre en détention » : accès au travail, sport, etc.), médiation culturelle et traduction, réduction des ruptures de traitement (lorsqu'elles sont en rupture de traitement benzodiazépines, certaines personnes ne savent pas/n'osent pas ressolliciter les médecins de l'unité sanitaire).

Le passage en détention reste une **opportunité de rencontre avec le soin** pour ces personnes extrêmement éloignées des systèmes de santé à l'extérieur. Il est donc primordial de travailler à un accompagnement de meilleure qualité dans un contexte pourtant très contraint.

Concernant le travail en cours et les perspectives :

- **sensibiliser les professionnel·les de l'unité sanitaire** à des approches interculturelles et des méthodes alternatives, en travaillant notamment sur les représentations sociales ;
- **travailler la cohérence thérapeutique** et une approche consensuelle partagée par l'ensemble des acteur·rices de soins de l'unité sanitaire ;
- **augmenter le temps de traduction et médiation culturelle** ;
- **intervenir dans les Centres de rétention administrative** pour rencontrer de « nouveaux publics » et pour favoriser une continuité des soins dans le passage de Centre de détention en Centre de rétention administrative des personnes déjà accompagnées.

(22) Dialecte maghrébin – avec des spécificités locales selon les pays/régions – intégrant des éléments lexicaux de différentes origines dont l'Arabe, l'Amazigh, le Kabile, le Turc, le Français, l'Espagnol.



1.3. Parler des usages de produits avec les bénéficiaires de soins et usager·es

Les personnes éprouvent des difficultés à parler de leurs consommations et, notamment en ce qui concerne les médicaments psychotropes, de leur « effet défoncé » recherché. Aussi, **aborder la fonction du produit et les troubles de l'usage revient à aborder des questions de souffrances psychiques et de psycho-traumatismes parfois multiples**, qu'elles ne sont pas forcément prêtes à évoquer. Pour d'autres personnes les problèmes se cumulent (se loger, se nourrir) et les gérer est une priorité avant de s'occuper de leur·s addiction·s ⁽²³⁾.

Ainsi, les personnes peuvent être confrontées, dans leur parcours de bénéficiaires de soins, femmes, usager·es de drogues ou encore de personnes appartenant à des minorités de genre, de sexualité, religieuses, etc., à des formes de **stigmatisations dans et hors du système de santé**. Certaines personnes vivent donc régulièrement des discriminations qui altèrent l'accès aux soins dont elles pourraient pourtant bénéficier. Ainsi, travailler à faire **évoluer la pratique professionnelle** est primordial et les quelques outils présentés ci-dessous peuvent y aider.



De manière à développer un lien de confiance et à favoriser un échange et un accompagnement de qualité, il est important que le·a professionnel·le considère la parole de la personne et soit vigilant·e à ne pas résumer son identité à ses usages de produits.

(23) Échanges issus du groupe de travail RESPADD.



>>> L'ÉMISSION « MÉDICAMENTS : USAGES ET PERCEPTIONS »



Réalisée dans le cadre de la **Quinzaine stupéfiante** à Marseille et diffusée sur **RadioBam**.
Extrait de témoignage.

« Moi c'est Gordon, je suis surtout un usager, principalement d'opioïdes, codéine, tramadol et anxiolytiques dans une moindre mesure.

>>> Comment tu en es venu à consommer du médoc ?

J'ai 30 ans. J'ai commencé un peu comme tout le monde avec des joints et de l'alcool et j'ai un peu mis dans mon nez et dans ma bouche tout ce qui traînait pendant un bon moment. Plutôt dans un contexte festif, complètement désinformé d'ailleurs sans aucune prévention. [...] J'ai commencé à me renseigner et c'est peut-être à ce moment-là que je me suis plus tourné vers les médocs plus ou moins. [...] Je me suis renseigné par moi-même sur Internet et j'ai commencé à voir qu'il y avait des histoires de doses et de trucs comme ça. J'ai commencé la codéine un peu par hasard. C'était en vente libre à l'époque et puis j'avais mal aux dents et j'allais pas chez le dentiste. C'était vachement plus simple d'aller acheter des Codolipranes®. Et puis t'en prends quelques-uns et tu commences à capter que ça fait un effet un peu *fun*. [...].

>>> Quand t'allais à la pharmacie, plusieurs fois comme ça, il n'y a jamais un pharmacien qui t'a dit « faites attention quand même avec la codéine » ?

Dans la ville où j'habitais avant il y avait plutôt des comportements ultra culpabilisateurs de la part des pharmaciens. [...] J'ai eu plusieurs passages assez honteux à te faire afficher et culpabiliser devant d'autres clients qui te regardent comme la dernière des merdes. Et puis à Marseille où j'ai habité après, c'était plus l'inverse. Je remontais la rue, je faisais toutes les pharmacies et on me donnait un truc et on ne m'a jamais rien dit. Pas de comportement culpabilisateur mais aussi aucune info sur les risques de surdoses, même sur la nocivité du paracétamol [...] d'autant qu'au début je mélangeais ça avec de l'alcool ».

On voit bien ici que la place de tous-tes les professionnel-les du soin et de la relation d'aide est centrale. Ils/elles peuvent faire la différence dans les vécus, la création ou la détérioration du lien de confiance vis-à-vis du système de santé (avec ses conséquences à long terme) et les occasions prises ou manquées de délivrer de l'information, apporter une écoute, repérer et orienter les personnes confrontées à des troubles de l'usage.



Écouter l'intégralité de l'émission sur :

<http://www.radiobam.org/podcast/la-quinaine-stupefiante-medicaments-usage-et-perception/>



On peut distinguer **deux types de contextes d'accompagnement** des personnes usagères de produits psychoactifs :

- l'accueil d'une personne éprouvant une **détresse** (*bad trip*, surdose) en lien avec sa consommation ou des événements survenus alors qu'elle était sous l'effet de produits. L'objectif est alors de rassurer la personne, d'appliquer des gestes de premiers secours si besoin et d'appeler le 112 si le risque vital est engagé ;
- l'accueil et l'accompagnement d'un-e bénéficiaire de soins, usager-e de produit-s dans le cadre d'un **suivi** thérapeutique, social, psychologique.

Quel que soit le contexte, la pratique du **counselling** est recommandée. Cette posture d'accompagnement place la personne au centre. L'objectif est de donner la possibilité à celle-ci d'étudier en autonomie ses propres problématiques et solutions et d'amorcer un rapport de confiance autour de la question des consommations de produits et conduites addictives.



► Pour aller plus loin : Guide RESPADD « Prise en charge des urgences en contexte addictologique »

L'APPROCHE ET LE CONTEXTE “

Accepter la personne de façon inconditionnelle : accueil, suspension du jugement.

Faire ressentir à la personne qu'elle est bienvenue, mérite notre respect.

Se présenter, affirmer notre disponibilité en restant authentique.

Accepter la présence d'un tiers aidant : entourage, proche, pair, collègue.

Respecter l'espace personnel de la personne en adaptant sa conduite selon les cas (exemple : contact physique ou non).

OUVRIR LA PAROLE ”

Aider la personne à verbaliser sa propre perception de la problématique (exemple : questions ouvertes).

L'aider à clarifier ses pensées/sentiments, à explorer diverses options/solutions.

Permettre l'expression du vécu et de l'expérience.

Exprimer son empathie, refléter/résumer/reformuler ce que dit la personne.

Donner des informations après avoir demandé l'autorisation d'en apporter.

Éviter le jargon, vérifier ce que l'information déclenche chez la personne.

Expliquer/ré-expliquer pas à pas ce qui va être fait.

ON EST D'AUTANT PLUS EFFICACE EN ÉVITANT :

- > la confrontation ;
- > de se placer en position supérieure, magistrale (donner un cours), moralisatrice ;
- > de nier la compétence pratique et l'autonomie du sujet ;
- > les questions fermées (effet interrogatoire) ;
- > d'être directif.

► **FIGURE 12** Parler des usages de produits avec les bénéficiaires de soins et usager-es : quelques postures à adopter

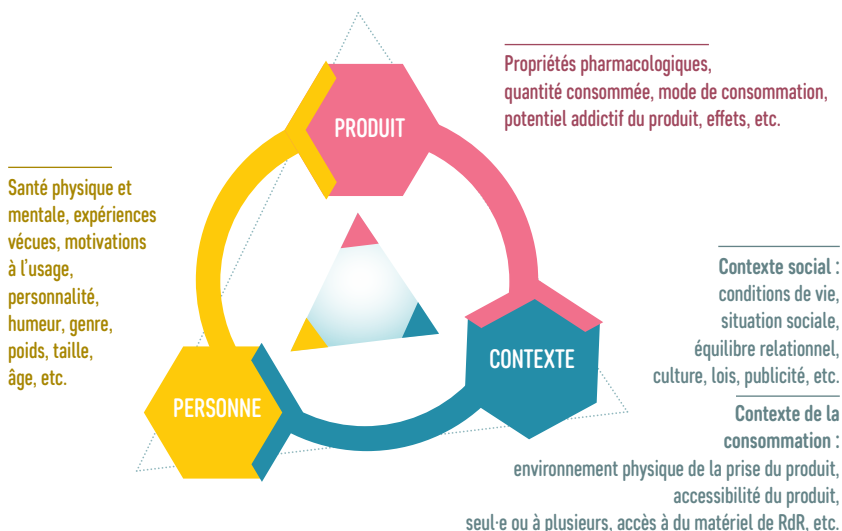


Faire appel à la **triangulation produit, personne, contexte ou *drug, set and settings***, dans le cadre d'un entretien, est une ressource utile pour centrer l'approche sur la personne et ne pas se focaliser uniquement sur le produit.

L'approche consiste alors à travailler sur la **fonction du produit** pour la personne, **dans son parcours de vie et contexte actuel**.

En effet, il existe une interrelation entre le produit, la personne qui le consomme, le contexte dans lequel elle vit et le contexte dans lequel elle consomme.

On peut le schématiser ainsi.



► FIGURE 13 La triangulation « Produit – Personne – Contexte »



Le vocabulaire utilisé avec la-e bénéficiaire de soins a de l'importance dans l'alliance thérapeutique et le lien de confiance.

Ainsi, parler avec un-e bénéficiaire de soins/un-e usager-e de « mésusages », d'« usages détournés » comme on peut aussi utiliser « toxiques » pour qualifier les substances psychoactives, a tendance à stigmatiser, renvoyer à des jugements de valeur et peut alors limiter l'échange.



1.4. | Prises en charge spécialisées

Lorsqu'une personne devient dépendante à des médicaments psychotropes, il est nécessaire de chercher d'éventuelles causes sous-jacentes ne relevant pas (seulement) du plaisir ou du potentiel addictogène, mais plutôt de dynamiques d'auto-médications (dépression, anxiété, etc.). Afin **d'identifier la/les fonction-s du produit pour la personne**, apparaît alors l'intérêt de proposer une **orientation vers un dispositif spécialisé** en addictologie et/ou en santé mentale. Selon les cas, un co-suivi pourra être mis en place.

Afin de repérer les acteur·rices et les partenariats possibles avec des professionnel·les de ces secteurs sur son territoire⁽²⁴⁾, voici un tour d'horizon des dispositifs existants (cf. visuels page 38).



► 5.2. Dispositifs de prises en charge spécialisées : page 141

► 5.3. Ressources : page 143



En ligne et/ou en présentiel, **les associations de santé communautaire** peuvent être des relais, des espaces de soutien et d'échange entre pairs pour les personnes consommatrices de produits psychoactifs et/ou concernées par des difficultés de santé mentale.

La **santé de ville** regroupe les professionnel·les exerçant en libéral ou en maison de santé pluriprofessionnelle.

Certain·es sont membres du **réseau de santé addiction** de leur territoire ou sont engagé·es comme **micro-structure médicale addiction**. En 2023, le nombre de microstructures en France était de 143.

Le dispositif « **Mon soutien psy** » permet à toute personne angoissée, déprimée ou en souffrance psychique, de bénéficier de maximum 12 séances d'accompagnement psychologique par année civile avec une prise en charge par l'Assurance Maladie chez les psychologues conventionné·es⁽²⁵⁾.

(24) La liste des dispositifs existants à retrouver sur la page « Le dispositif de soins en addictologie » de la MILDECA. Pour aller plus loin et repérer les dispositifs existants : plateforme intervenir-addictions.fr. Pour trouver une structure près de chez soi : consulter l'annuaire de Drogues Info Services.

(25) Conditions et procédure d'accès au dispositif « Mon soutien psy » sur le site ameli.fr et accès direct à l'annuaire des psychologues conventionné·es sur <https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>.

SANTÉ DE VILLE

Tous les professionnels de santé

Microstructure médicale en addictologie

Réseau de santé addictions

Dispositif
« Mon soutien psy »

SECTEUR HOSPITALIER

ELSA
Équipes de liaison et de soin en addictologie

Consultation hospitalière en addictologie

Hospitalisation en addictologie (complète ou de jour)

EPSM
Établissement public de santé mentale

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) et les dernières données disponibles, le territoire national comptait environ :

- 500 **CSAPA** (2021)
- 150 **CAARUD** (2018)
- 540 **CJC** (2018)

Les **CMP**, sectorisés, sont des unités d'accueil et de coordination pour des soins psychiatriques en milieu ouvert.

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

CSAPA
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CJC
Consultation jeunes consommateur·rices

CAARUD
Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CMP
Centre médico-psychologique

Les **250 ELSA** exercent des fonctions d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives. Elles font le lien

● Structures et dispositifs d'addictologie et de réduction des risques

⬡ Structures et dispositifs de santé mentale



entre les services hospitaliers, la santé de ville, le secteur médico-social et les autres partenaires autour de la situation de la personne.

L'hospitalisation de jour en addictologie permet l'évaluation pluridisciplinaire, l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés et la prise en charge addictologique adaptée, de première intention ou au décours d'une hospitalisation.

L'hospitalisation complète en addictologie assure une prise en charge, en urgence ou programmée, pour un sevrage, une évaluation ou pour des complications et/ou des comorbidités somatiques/psychiatriques.

Les **EPSM** peuvent dispenser, en hébergeant ou non les bénéficiaires de soins, des soins de courte durée, de réadaptation ou de longue durée.



► Pour aller plus loin sur les dispositifs d'addictologie et de réduction des risques : intervenir-addictions.fr

PRO



>>> PRATIQUE D'UNE MÉDECIN EN MICROSTRUCTURE ADDICTION À MARSEILLE

Elle reçoit plusieurs bénéficiaires de soins qui consultent avec une demande de prescription de traitement prégabaline ou tramadol. **Au premier entretien, elle leur fait une prescription et essaye de discuter avec eux de leur santé globale. Si elle arrive à avoir une « accroche », qu'un suivi pour un autre motif peut débuter, elle continue les prescriptions tout en proposant de diminuer la posologie.** Dans le cas contraire, elle arrête le suivi.

Le profil de ces bénéficiaires de soins en situation de grande précarité :

- **concernant les demandes en lien avec la prégabaline** : jeunes hommes algériens primo-arrivants, sans papier. Ils ont commencé à consommer de la prégabaline en Algérie pour des douleurs. Des femmes commencent à être en demande de prégabaline – ainsi qu'à la PASS où la médecin travaille également – mais elle a un doute sur les motifs : est-ce pour elles ? pour quelqu'un d'autre ? pour revendre ? Leur discours n'est pas très clair ;
- **concernant les demandes en lien avec le tramadol** : hommes nigériens, sans-papiers. La médecin les perd de vue rapidement (déménagement, QQTF, changement de praticiens...).





2 | LES PRODUITS

- > Antalgiques opioïdes :
focus sur le tramadol
- > Benzodiazépines
- > Prégabaline

2.1. | Antalgiques opioïdes : focus sur le tramadol

2.1.1. | Présentation

2.1.1.1. | Mécanisme d'action et caractéristiques pharmacocinétiques

Le terme « opioïde » regroupe les opiacés présents dans le pavot à opium (morphine, codéine) et les opiacés semi-synthétiques ou synthétiques qui activent les récepteurs opioïdes ⁽²⁶⁾.

Les opioïdes peuvent induire une dépendance psychique et physique.



► Pour aller plus loin : guide RESPADD « Les médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire »

Le tramadol est un opioïde atypique car il inhibe également la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ⁽²⁷⁾. La recapture de la noradrénaline et de la sérotonine est un mécanisme d'action secondaire pour la diminution de la perception de la douleur.

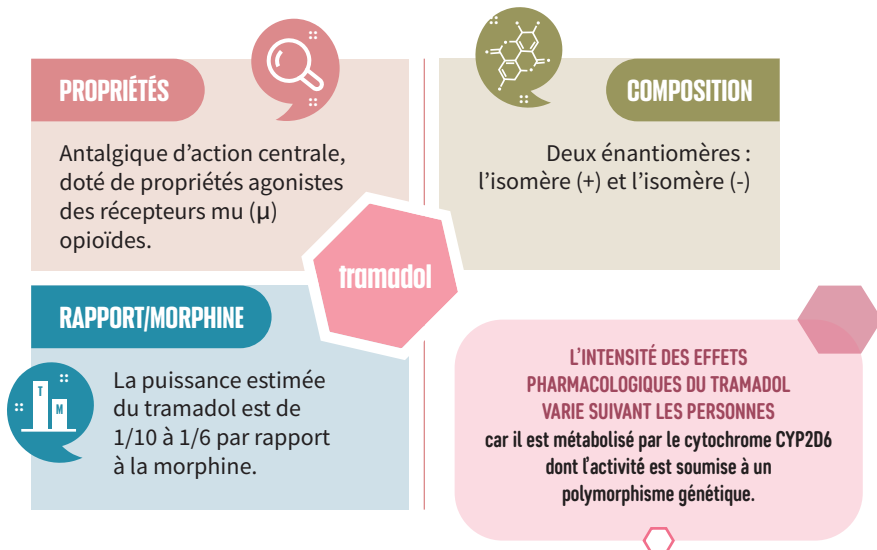
C'est un médicament qui est souvent prescrit pour une prise en charge de douleurs ou en anticipation de celles-ci. On le retrouve également sur le marché illicite et consommé dans le cadre récréatif ou auto-thérapeutique.

Largement prescrit et/ou utilisé en contexte d'usage non conforme, le tramadol fait l'objet d'un nombre croissant de demandes d'accompagnement, de sevrage, en lien avec un trouble de l'usage ⁽²⁸⁾. Il interagit **avec nombre d'autres produits déprimeurs du système nerveux central mais aussi sérotoninergiques** (MDMA/ecstasy, antidépresseurs inhibiteurs de la recapture sélectifs de la sérotonine (IRSS) par exemple) entraînant ainsi des effets indésirables potentiellement graves.

(26) OFDT « Héroïne et opioïdes – Synthèse des connaissances » et « Médicaments antalgiques opioïdes. Ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire », guide du RESPADD, 2018.

(27) « Un exemple d'évaluation de l'abus et de la dépendance en addictovigilance : à propos du tramadol » Roussin A, Doazan-d'Ouince O, Géniaux H, Halberer C, Réseau français d'addictovigilance – Thérapie – 2015.

(28) ANSM « Médicaments antalgiques contenant du tramadol par voie orale (seul ou en association) – Limitation de la durée maximale de prescription à 12 semaines ».



► FIGURE 14 Le tramadol : quelques données pharmacologiques

Ces caractéristiques pharmacodynamiques contribuent à expliquer son potentiel d'abus et de dépendance. Le tramadol peut produire des effets comportementaux caractéristiques d'un effet agoniste opioïde mais aussi ceux d'un stimulant.

Sa demi-vie ⁽²⁹⁾ d'élimination $t_{1/2}$ est d'environ 6 heures, quel que soit le mode d'administration. Chez les bénéficiaires de soins âgés de plus de 75 ans, elle peut être allongée d'un facteur 1,4.

Le tramadol et ses métabolites sont presque entièrement excrétés par les reins. En cas d'insuffisance hépatique ou rénale, la demi-vie peut être légèrement allongée.

Enfin, le tramadol traverse le placenta et peut être retrouvé dans le lait maternel.



► 5.1.1.3. Tableau pratique de conversion des opioïdes : page 125

(29) Durée au bout de laquelle la moitié du médicament est éliminée.

2.1.1.2. | Usages

> LES OPIOÏDES

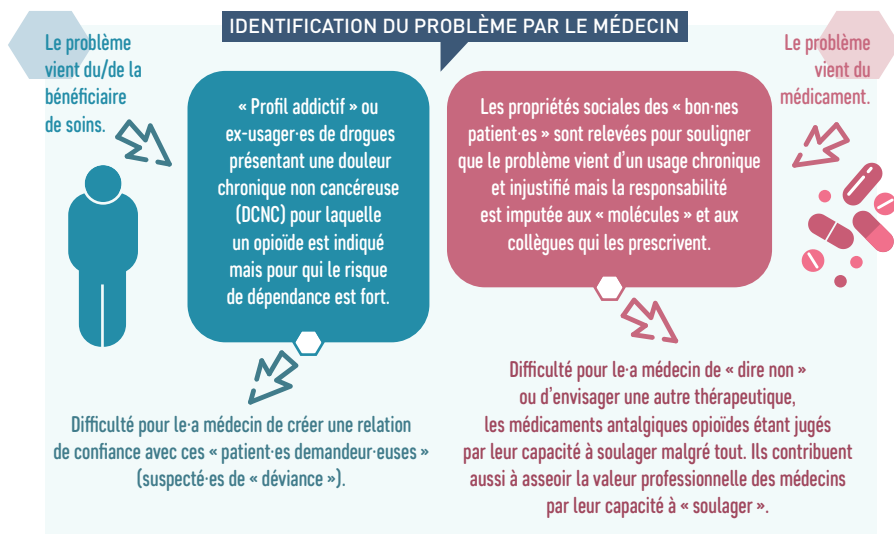
Près de 10 millions de Français-es ont eu une prescription de médicaments antalgiques opioïdes en 2015.

Le faible soulagement de la douleur lors d'un traitement opioïde au long cours met les médecins face à la difficulté d'arrêter ces prescriptions. Si, d'une part, cette difficulté nourrit des préoccupations en raison des risques induits (dépendance, abus, mésusage, surdose, intoxication, hospitalisation et décès), d'autre part, la prise en charge de ces douleurs reste parfois insuffisante ⁽³⁰⁾.



► Pour aller plus loin : « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques » – Rapport de l'ANSM, février 2019

L'enquête « Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale » de l'OFDT, précédemment citée, met en évidence que les représentations sociales du/de la médecin, modifient la perception du problème lors d'un trouble de l'usage et, ainsi, son rapport au/à la bénéficiaire de soins dans la prise en charge.



► **FIGURE 15** Représentations sociales et identification du problème dans le trouble de l'usage d'antalgiques opioïdes par le médecin généraliste

Source : « Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale » Laura Druprat – OFDT – 1^{er} avril 2023.

(30) OFDT « Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale » Laura Druprat.



Lorsque le-a bénéficiaire de soins est vu-e comme ayant un « **profil addictif** » (usager-e ou ex-usager-e de drogues notamment), le (risque de) trouble de l'usage est identifié comme étant un **problème émanant du/de la bénéficiaire de soin**. Le-a médecin a alors des difficultés à créer une relation de confiance et les personnes en demande de traitements antalgiques opioïdes sont suspectées de déviance.

Lorsque le-a bénéficiaire de soins est vu-e comme « **un-e bon-ne patient-e** », le problème d'un usage chronique injustifié est identifié comme étant de la responsabilité de collègues prescripteur-rices ou imputable à la molécule. Ainsi, le-a médecin a plus de difficultés à « dire non » ou à envisager une alternative à la prescription de médicaments antalgiques opioïdes.

Les perceptions des rôles, le type de formation, le contexte de la pratique et le rapport à l'usage de médicament par les soignant-es ont un impact sur le type de réponses apportées en situation de trouble de l'usage.

Déterminants de la pratique	Types de réponses aux situations problématiques avec les MAO*		
	Internaliser les problèmes	Externaliser les problèmes	Minimiser les problèmes
Conception du rôle de la médecine générale	L'addiction fait partie de la prise en charge globale. Coordonner une équipe pluridisciplinaire. Assurer le suivi/ accompagner un sevrage.	L'addiction n'appartient pas au domaine de compétence de la MG. Orienter le-a patient-e vers des spécialistes. Assurer le suivi/ renouveler les traitements.	Le traitement de la douleur l'emporte sur celui de l'addiction. Prendre l'avis des spécialistes de la douleur. L'addictologue pourrait négliger la douleur.
Formation et expériences	Détenir un diplôme supplémentaire ou expérience en : Addictologie, gériatrie et/ou santé mentale, soins palliatifs, sport-santé, hypnothérapie.	Sans formation en lien avec la prise en charge de la douleur ou des addictions.	Sans formation en lien avec la prise en charge de la douleur ou des addictions.
Contexte de la pratique	Médecine intégrée dans des réseaux de correspondants solidifiés.	Manquer de réseau de correspondants.	Médecine peu intégrée dans des réseaux de prévention ou de prise en charge d'addictions.
Rapport à l'usage du médicament	Sensibilisation aux risques d'effets indésirables et de dépendance induits par les MAO. Informers les patient-es des risques, y compris dépendance et syndrome de sevrage.	Ne pas mentionner tous les risques, mais échanger sur la dépendance.	Inconfort d'annoncer une dépendance médicamenteuse. Peur de stigmatiser.

* Médicaments antalgiques opioïdes

► **FIGURE 16** Facteurs explicatifs des pratiques différenciées de prise en charge
Source : « Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale » Laura Druprat – OFDT – 1^{er} avril 2023.

Il convient alors de se **former et de travailler en réseau** – si ce n'est pour une **orientation, a minima** pour l'échange de pratiques.

Une des **missions des des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP-A)** – au-delà du recueil de signalements et de la conduite d'études – est **d'informer et de former les professionnel·les de santé** sur les risques et la prévention des troubles de l'usage des substances psychoactives.



LE POINT SUR LES SUR LES MESURES ADDITIONNELLES DE RÉDUCTION DU RISQUE (MARR)

Dans le cadre de la commercialisation de certaines spécialités comme les opioïdes (par exemple la méthadone, le fentanyl), les **MARR** associés à ces médicaments ont été mises à disposition. Destinés à prévenir ou réduire la probabilité de survenue d'effets indésirables, leur gravité et/ou l'impact sur les bénéficiaires de soins, ces **documents d'information pour les professionnel·les de santé et/ou les bénéficiaires de soins sont disponibles sur divers supports** : lettres, guides, check-list, brochures, cartes-patients, diaporamas de formation. Il est alors recommandé de prendre connaissance de ces documents avant toute prescription ou utilisation de ces médicaments⁽³¹⁾.

> LE TRAMADOL

Le tramadol est l'antalgique le plus consommé en France⁽³²⁾. Longtemps présenté comme moins à risque comparativement à d'autres antalgiques opioïdes et qualifié « d'opioïde faible », le tramadol peut pourtant engendrer une dépendance physique et psychologique.

L'**enquête nationale d'addictovigilance** sur le tramadol a mis en évidence une augmentation régulière de ses usages à risques, marquée par les troubles sévères de son usage et des décès.

(31) Elaborés et validés dans le cadre du plan de gestion des risques demandé par les autorités de santé françaises et européennes. Plus de renseignements sur <https://ansm.sante.fr/documents/reference/mesures-additionnelles-de-reduction-du-risque-marr>? ou sur les sites des laboratoires.

(32) ANSM d'après les données de l'Assurance Maladie.



Deux profils ont été distingués :

- les bénéficiaires de soins traité-es par le tramadol pour une douleur ;
- les personnes l'utilisant pour ses effets psychoactifs positifs, c'est-à-dire pour lutter contre les symptômes de sevrage, en auto-médication pour des symptômes d'anxiété, de dépression ou pour un usage récréatif.

En 2018, le réseau d'addictovigilance rapporte que le tramadol est l'**antalgique opioïde le plus consommé en population générale et est impliqué dans 45 % des décès toxiques par antalgiques sans notion d'antécédent d'abus** ⁽³³⁾. En contexte d'abus, il arrive en deuxième place après la morphine. Les derniers résultats des deux programmes nationaux DTA et DRAMES de 2022 montrent un nombre stable des décès liés au tramadol ⁽³⁴⁾.

La synthèse des données d'addictovigilance de 2020 puis de 2021 a mis en évidence une augmentation de l'usage détourné des médicaments à base de tramadol pour **ses effets psychoactifs, notamment chez des personnes jeunes**.

L'augmentation de l'obtention illégale du tramadol est surtout objectivée par les données de l'enquête OSIAP avec un nombre de fausses ordonnances passant de 364 à 443 entre 2021 et 2022 pour un nombre total d'ordonnances falsifiées n'ayant que très peu augmenté (2579 vs 2639).

L'analyse des notifications spontanées objective la poursuite de **l'augmentation de la proportion de personnes avec abus de tramadol** (au-delà de 400 mg par jour) dans le groupe des personnes faisant un usage détourné à des fins psychoactives.

Le réseau des microstructures note une surreprésentation de femmes dans les troubles de l'usage du tramadol.

Les données annuelles de l'enquête OPPIDUM mettent en exergue une augmentation du tramadol en tant que première substance psychoactive consommée et première substance ayant entraîné une dépendance.

(33) Pour aller plus loin : "Increase of high-risk tramadol use and harmful consequences in France from 2013 to 2018 : Evidence from the triangulation of addictovigilance data". Roussin A, Soeiro T, Fouque C, Jouanjus E, Frauger E, Fouilhé N, Mallaret M, Micallef J, Lapeyre-Mestre M ; Réseau français d'addictovigilance – British Journal Clinical Pharmacology – 2022.

(34) Plaquettes présentant les résultats des programmes DTA et DRAMES sur le site de l'ANSM et compte rendu de l'enquête d'addictovigilance du tramadol 2022 par le comité psychotropes, stupéfiants et addictions, <https://ansm.sante.fr/evenements/comite-psychotropes-stupefiants-et-addictions-formation-restreinte-expertise-3>.

2.1.2. | Indications et recommandations

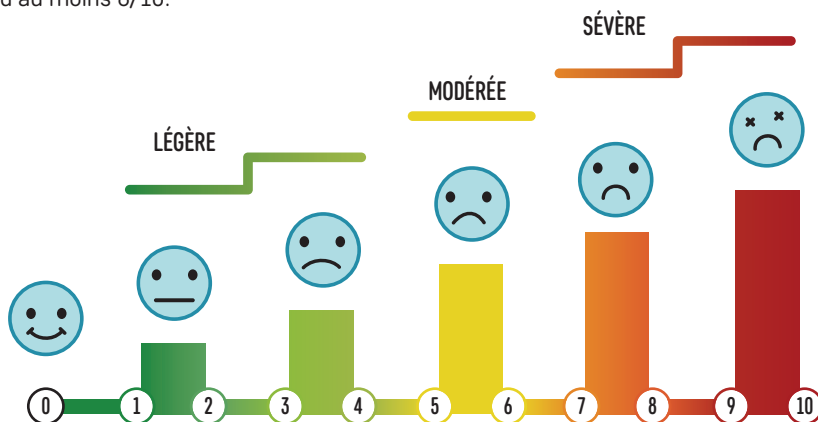
2.1.2.1. | Dans quels cas prescrire un antalgique opioïde ?

Les antalgiques opioïdes peuvent être prescrits dans le traitement symptomatique de certaines douleurs :

- modérées à sévères ;
- non soulagées par les antalgiques non opioïdes (paracétamol, ibuprofène, aspirine) ;
- aiguës sur une courte période (< 3 mois) ;
- chroniques, en traitement ponctuel ou prolongé, associé à des antalgiques non opioïdes.

Le soulagement de la douleur est un objectif thérapeutique essentiel. Quelle que soit l'intensité de la douleur, il doit s'appuyer sur une **approche multimodale, médicamenteuse et non médicamenteuse**.

Les médicaments antalgiques opioïdes sont recommandés en première intention pour le traitement de la plupart des douleurs avec un score à l'échelle numérique d'au moins 6/10.



► FIGURE 17 Évaluation de la douleur

Dans certaines situations cliniques, même en cas de douleur aiguë sévère, les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés en première intention en raison de leur balance bénéfices/risques défavorable : douleurs dentaires, lombalgie aiguë, traumatismes simples du rachis (contractures musculaires, syndrome du « coup du lapin ») et distaux des membres (entorses ou blessures mineures sans signe de lésion tissulaire), colique néphrétique. Il est nécessaire d'évaluer cliniquement le-a bénéficiaire de soins pour rechercher un risque de trouble de



l'usage d'opioïdes ; **d'utiliser des outils d'évaluation avant la première prescription d'opioïdes (*Opioid Risk Tool* – ORT) et avant un renouvellement (*Prescription Opioid Misuse Index* – POMI)** ⁽³⁵⁾.



► 5.1.2.1. Échelle ORT : page 127 ► 5.1.2.2. Échelle POMI : page 128



Recommandations : **stratégie thérapeutique** et mises en garde sur le risque d'**addiction, abus, dépendance** de médicaments opioïdes ⁽³⁶⁾

L'utilisation répétée d'opioïdes peut entraîner **une dépendance physique et psychologique**, même aux doses thérapeutiques, **et un trouble de l'usage d'opioïdes (TUO)**. Le risque de pharmacodépendance peut varier en fonction des facteurs de risque individuels du/de la patient.e, de la posologie et de la durée du traitement par opioïdes.

Plus la dose est élevée et plus la durée du traitement par opioïdes est prolongée, plus le risque de développer un TUO sera accru. L'abus ou le mésusage intentionnel de [nom du produit] peuvent entraîner un surdosage et/ou le décès. Le risque de développer un TUO est **accru chez les patient-es présentant des antécédents personnels ou familiaux de troubles liés à la consommation de substances** (y compris à l'alcool), chez les fumeur-ses actif-ves ou chez les patient-es ayant des **antécédents personnels de problèmes de santé mentale** (par exemple dépression majeure, anxiété et trouble de la personnalité).

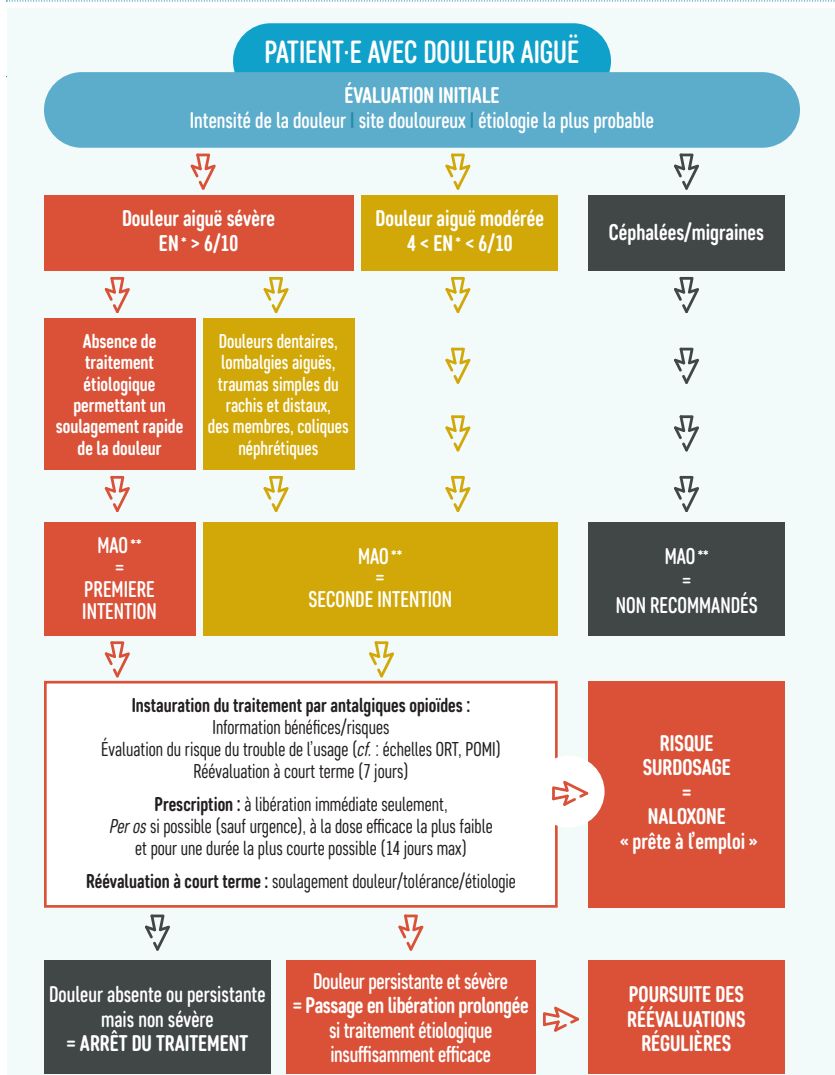
Avant l'instauration du traitement et pendant toute sa durée, les objectifs thérapeutiques et un plan d'arrêt du traitement doivent être convenus avec le/la patient-e. Avant et pendant le traitement, le/la patient-e doit également être informé-e des risques et des signes du TUO. Si ces signes apparaissent, il est conseillé aux patient-es de contacter leur médecin. Les patient-es devront être surveillé-es pour détecter les signes de consommation excessive de médicament (par exemple des demandes de renouvellement trop précoces). Cela inclut l'examen des opioïdes et des médicaments psychoactifs concomitants (comme les benzodiazépines). Pour les patient-es présentant des signes et symptômes de TUO, il convient d'envisager une consultation avec un spécialiste.

Attention : ces médicaments se conservent dans un espace de stockage sûr et sécurisé, inaccessible à d'autres personnes. Ils peuvent nuire gravement et même être mortels pour les personnes lorsqu'ils ne leur ont pas été prescrits.

(35) HAS « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » mars 2022.

(36) L'ensemble des recommandations à retrouver sur la Base des données publiques des médicaments rubrique 4.4 « Mises en garde spéciales et précautions d'emploi » des spécialités opioïdes.

Les recommandations HAS concernant la prise en charge des bénéficiaires de soins présentant une douleur aiguë



* EN : Échelle numérique – ** MAO : Médicament antalgique opioïde

► **FIGURE 18** Protocole de prise en charge d'une douleur aiguë par traitements antalgiques opioïdes

Source : « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » HAS – Mars 2022.



2.1.2.2. | Tramadol : posologie

La posologie doit être adaptée à l'intensité de la douleur et à la réponse clinique de chaque bénéficiaire de soins. La posologie à prescrire est la plus faible dose permettant un soulagement de la douleur.



Depuis le 1^{er} décembre 2024, les médicaments contenant du tramadol ou de la codéine doivent être prescrits avec une **ordonnance sécurisée**. Le dosage, la posologie et la durée du traitement doivent être **rédigés en toutes lettres**. La dispensation ne peut se faire que sur présentation d'une ordonnance sécurisée.

La durée de validité des ordonnances de médicaments contenant de la codéine est réduite à **trois mois**, comme pour le tramadol. Une nouvelle ordonnance est nécessaire pour prolonger le traitement⁽³⁷⁾.

En France, le tramadol seul est commercialisé sous plusieurs formes avec différents dosages⁽³⁸⁾ :

- **formes orales à libération immédiate dosées à 50 mg et 100 mg** (pour les adultes et enfants de plus de 15 ans) :
 - > **pour des douleurs aiguës** : la dose d'attaque est de 100 mg suivie de 50 mg ou 100 mg toutes les 4 à 6 h sans dépasser 400 mg/24 h ;
 - > **pour des douleurs chroniques** : la dose d'attaque est de 50 mg ou 100 mg suivie de 50 mg ou 100 mg toutes les 4 à 6 h sans dépasser 400 mg/24 h ;
- **formes orales** (pour les adultes et enfants de plus de 12 ans) :
 - > **à libération prolongée sur 12 h dosées à 50 mg, 100 mg, 150 mg et 200 mg** :
 - la dose initiale habituelle est de 50 mg à 100 mg 2 fois/j, matin et soir ;
 - si niveau d'antalgie insuffisant : la dose est portée à 150 mg ou 200 mg 2 fois/j ;
 - > **à libération prolongée sur 24 h** :
 - la dose initiale est de 100 mg/j ;
 - qui peut être augmentée à 200 mg, 1 fois/j de préférence en fin de journée ;
 - si le niveau d'antalgie est insuffisant : augmentation par palier de 100 mg jusqu'à 300 mg (ou au maximum 400 mg) en une prise/j ;

(37) Pour aller plus loin : sur le site de l'ANSM « Tramadol et codéine devront être prescrits sur une ordonnance sécurisée dès le 1^{er} décembre » publié le 26/09/2024.

(38) Base de données publique des médicaments.

- **forme buvable** (pour les enfants à partir de 3 ans et adolescents) :
 - > posologie habituelle par prise : 1 mg/kg pouvant aller jusqu'à 2 mg/kg ;
 - > ne pas dépasser 100 mg de chlorhydrate de tramadol ;
 - > à renouveler si nécessaire 3 à 4 fois par jour (intervalle de 6 h à 8 h entre les prises) ;
- **forme injectable à usage hospitalier** (pour les adultes) :
 - > dose d'attaque : 100 mg ;
 - > au cours de la première heure après la dose d'attaque : des doses complémentaires de 50 mg peuvent être administrées toutes les 10 à 20 minutes (sans dépasser un total de 250 mg en comptant la dose d'attaque) ;
 - > le tramadol peut être injecté par voie intraveineuse lente ou encore mis en solution pour administration par perfusion ou par un dispositif d'analgésie contrôlée par le patient.



Certains médicaments associent tramadol et paracétamol. Dans le cas de mésusages avec augmentation des doses, des complications liées au surdosage en paracétamol (atteinte hépatique) peuvent survenir avant même d'avoir atteint le seuil toxique du tramadol.

Le tramadol, dans le cadre ou non d'une prescription, entre en **interaction** avec un certain nombre de produits psychoactifs (licites, illicites, médicaments). **Ainsi, tout·e praticien·ne prescrivant du tramadol doit rechercher les autres consommations.** En effet, à titre d'exemple, l'utilisation concomitante de tramadol avec des gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline) peut entraîner une dépression respiratoire, une hypotension, une sédation profonde, un coma ou le décès.

Chaque usager·e consommant du tramadol doit être vigilant·e sur les interactions. Il peut exister un risque de surdose et l'augmentation des risques :

- de **sédation**, d'une **dépression respiratoire** en association avec d'autres déprimeurs du système nerveux central (SNC) pouvant provoquer un arrêt respiratoire ;
- de trouble de la conscience pouvant aller jusqu'au coma ;
- d'un **syndrome sérotoninergique** notamment en association avec d'autres produits sérotoninergiques (antidépresseurs, ecstasy) ;
- de **troubles du rythme cardiaque** en association avec des produits stimulants ;
- de **convulsions**, en association avec des hallucinogènes, anti-dépresseurs et autres médicaments abaissant le seuil épileptogène.

L'antidote en cas de surdosage (détresse respiratoire, coma) est la naloxone.



▶ 3.2. Manifestations et conduites à tenir en cas de surdose : page 114



- ▶ 5.1.1. Classement des produits et interactions : page 122
- ▶ 5.1.4. Prise en charge en contexte d'urgence vitale dont guide d'utilisation de la naloxone : page 135

2.1.2.3. | Tramadol : contre-indications

- Hypersensibilité à la substance active, le chlorhydrate de tramadol, ou à l'un des excipients ;
- Insuffisance respiratoire sévère ;
- Intoxication aiguë par l'alcool, des hypnotiques, des antalgiques d'action centrale, des opioïdes, ou d'autres psychotropes ;
- Prise d'autres produits sérotoninergiques ;
- Enfant de moins de 3 ans ou moins de 15 ans (selon la forme pharmaceutique) ;
- Épilepsie non contrôlée ;
- Grossesse.



Le tramadol ne doit pas être utilisé en tant que Traitements de la dépendance aux opioïdes (TDO). Bien qu'agoniste des opioïdes, le tramadol ne corrige pas les symptômes de sevrage de la morphine.

2.1.2.4. | Effets indésirables

> LES OPIOÏDES

Ils comprennent : des troubles digestifs (nausées/vomissements, constipation), une rétention urinaire, tolérance et dépendance, du prurit, des tremblements, des clonies (secousses musculaires brèves et involontaires), une confusion, des troubles de la vigilance, des troubles dysléptiques et risques de convulsions et de dépression respiratoire pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

La **constipation** induite par les opioïdes doit systématiquement être prévenue par des mesures hygiéno-diététiques éventuellement associées à un traitement laxatif, souvent nécessaire dans le contexte d'une prise chronique. Des **nausées** peuvent survenir dans la première semaine suivant l'instauration d'un traitement opioïde, un traitement antiémétique peut être nécessaire.

La survenue d'un **syndrome confusionnel** doit conduire à envisager un changement d'opioïde après avoir éliminé une autre étiologie.

L'utilisation à long terme d'analgésiques opioïdes peut être associée à une diminution des niveaux d'hormones sexuelles et à une augmentation de la prolactine. Les symptômes incluent : diminution de la libido, impuissance ou aménorrhée.

Une hyperalgésie ne répondant pas à une nouvelle augmentation de la dose de morphine peut survenir, notamment à des doses élevées.

> LE TRAMADOL

Le tramadol peut provoquer des effets indésirables liés à la toxicité des opiacés **si le·a bénéficiaire de soins métabolise trop rapidement** ⁽³⁹⁾ : confusion mentale, somnolence, respiration superficielle, pupilles contractées, nausées, vomissements, constipation et perte d'appétit.

Le tramadol est également susceptible d'entraîner une **hypoglycémie sévère**.

Dans les cas graves, les bénéficiaires de soins peuvent présenter les symptômes d'une **défaillance circulatoire et respiratoire** pouvant engager le pronostic vital.



▶ 3. Recommandations de bonnes pratiques : page 111

(39) Variabilité de la réponse liée au substrat du CYP2D6 nécessaire à l'activité.



2.1.3. | Pharmacodépendance, troubles de l'usage et prévention

2.1.3.1. | Introduction

Les mésusages d'opioïdes sont **le fait de prescripteur·rices ou de bénéficiaires de soins** ne respectant pas le cadre des recommandations. S'y ajoutent les personnes en consommant **hors du circuit thérapeutique** (achat de rue, pharmacies familiales).

Les **prescripteur·rices** font face à une palette thérapeutique limitée : peu d'alternatives existent entre le paracétamol et les opioïdes.

Ainsi, l'information sur les risques de dépendance/sevrage n'est pas toujours fournie bien qu'elle soit indispensable.



- ▶ 5.1.2.1. Échelle ORT : *Opioid Risk Tool* (évaluation du risque de mésusage avant une prescription d'un antalgique opioïde) : page 127
- ▶ 5.1.2.2. Échelle POMI : *Prescription Opioid Misuse Index* (à chaque renouvellement) ⁽⁴⁰⁾ : page 128

Les personnes peuvent se retrouver dans **l'impossibilité d'arrêter la consommation en dépit de ses conséquences négatives pour elles et leur entourage, assortie d'un besoin impérieux de consommer la substance (craving)**.



Lorsque le traitement par opioïde n'est plus nécessaire, il est conseillé de réduire progressivement la dose afin d'éviter les symptômes de sevrage.

(40) HAS « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » mars 2022.



ZOOM SUR Le PURPLE DRANK, appelé aussi LEAN, SYRUP, TEXAS TEE



C'est dans le sud des États-Unis que cette boisson est née (Houston, Texas) dans les années 1960-1970, avant de devenir populaire dans les années 1990 et 2000. De nombreux rappeurs ont fait la promotion de ce cocktail dans leurs textes (DJ Screw, Eminem, Kanye West, Lil Wayne), arborant dans leurs clips musicaux des bouteilles ou des gobelets contenant un liquide violet et vantant les vertus de ce breuvage⁽⁴¹⁾.

Sa composition comprend, le plus souvent, **un sirop contre la toux à base de codéine et d'un antihistaminique* mélangé avec un soda**. Le Purple Drank peut être combiné par certain-es consommateur-rices à de l'alcool, du cannabis ou à d'autres drogues, ce qui a comme objectif de potentialiser les effets psychotropes mais aussi les risques d'intoxication liés à cette consommation. Le Purple Drank est en vogue chez certains groupes de jeunes.

La consommation de Purple Drank a été **identifiée en France à partir de 2013** avec quelques signalements d'abus au réseau d'addictovigilance, parfois d'évolution fatale⁽⁴²⁾. Ce phénomène continue d'être surveillé.

** L'antihistaminique potentialise les effets de la codéine et limite les démangeaisons ; la codéine étant histaminolibératrice.*

2.1.3.2. | Focus sur le tramadol

La dénomination du tramadol comme « opioïde faible » installe une confusion sur les risques en lien avec sa prescription pour des douleurs qui ne seraient pas si fortes ou modérées.

Aussi certain-es praticien-nes peuvent avoir tendance à anticiper la douleur et prescrire du tramadol avant même de pouvoir évaluer avec le bénéficiaire de soins le niveau de la douleur et de limitation fonctionnelle.

Certain-es bénéficiaires de soins « accrochent » au produit pour d'autres raisons que la simple diminution de la douleur et l'utilisent de manière non conforme à la prescription (indication, dosage, voie d'administration).

(41) « Le Purple Drank, un exemple de l'usage détourné de la codéine par les adolescents ». Centre d'addictovigilance de Paris – 2014.

(42) Pour aller plus loin : sur le site de l'ANSM « Mise en garde sur usage détourné des médicaments antitussifs et antihistaminiques chez les adolescents et jeunes adultes » – Mars 2016.

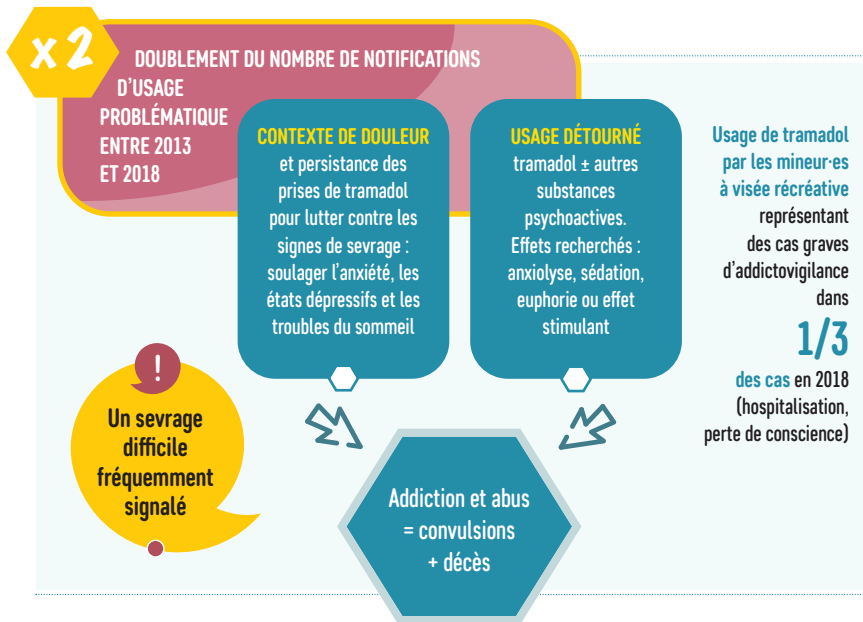


Parmi les effets recherchés par les bénéficiaires de soins et usager-es : on retrouve l'amélioration de l'humeur, la stimulation mentale, l'anxiolyse et l'effet anorexigène.



► 2.1.5. Cas clinique d'un sevrage tramadol : page 62

Deux profils d'usager-es problématiques du tramadol ont été identifiés par le réseau d'addictovigilance.



► **FIGURE 19** Deux profils d'usagers problématiques du tramadol identifiés, avec des complications identiques

Source : bulletin n° 14, avril 2020 de l'Association des centres d'addictovigilance.



Bien qu'il existe des facteurs de risques, les mésusages doivent être recherchés chez tout le monde. Jeunes et moins jeunes, hommes et femmes, personnes en situation de précarité et toutes les classes socio-professionnelles.

Les personnes particulièrement à risques de surdose regroupent une diversité de situations :

- tous·tes les **usager·es de drogues** sont potentiellement à risque de surdose (usages non intentionnels d'opioïdes à l'occasion de consommation d'autres produits avec un risque évident de surdose) ;
- bénéficiaires de soins traité·es par opioïdes antalgiques **mésusant leur traitement** (augmentation non contrôlée des doses pour soulager une douleur mal prise en charge, recherche d'effets psychotropes) ;
- bénéficiaires de soins traité·es par opioïdes antalgiques ayant développé une dépendance ;
- bénéficiaires de soins en **traitement de substitution aux opioïdes** en particulier lors de l'initiation ;
- usager·es d'opioïdes pour des **effets psychoactifs**, parfois naïf·ves ;
- usager·es d'opioïdes en « **auto substitution** » ;
- usager·es à risque accru de surdose du fait d'une perte de tolérance aux opioïdes : personnes **sortant de prison, de sevrage, de centre de soins résidentiel** ;
- bénéficiaires de soins avec des **antécédents récents de surdose** ou d'hospitalisation pour surdose d'opioïdes ⁽⁴³⁾.



► 3. Recommandations de bonnes pratiques : page 111

2.1.3.3. | La naloxone ⁽⁴⁴⁾

La majorité des décès en contexte d'abus (78 %) concerne un opioïde et hors contexte d'abus, elle concerne le tramadol. Dans la majorité des surdoses, un témoin est présent.

Il est donc nécessaire de diffuser largement la naloxone et de la proposer systématiquement à chaque prescription et délivrance d'opioïdes. L'Organisation mondiale de la santé recommande depuis 2014 l'utilisation de la naloxone en urgence face à une surdose d'opioïdes.



► 5.1.1. Classement des produits et interactions : page 122

► 5.1.4.4. Guide d'utilisation de la naloxone : page 138

(43) Web conférence 3 juillet 2024 « Moyens à disposition dans les CSAPA et CAARUD pour prévenir le risque d'overdose aux opiacés » Dr Sylvain Balester Mouret, médecin addictologue CSAPA, CAARUD, Association régionale Clémence Isaure.

(44) Communication du CEIP PACA Corse – Webinaire Surdoses – 5/09/2024.



2.1.4. | Recommandations de prise en charge addictologique en cas de troubles de l'usage d'opioïdes ⁽⁴⁵⁾

Lorsqu'un traitement antalgique opioïde au long cours est nécessaire ou qu'un-e bénéficiaire de soins consomme régulièrement un opioïde, peut survenir une **dépendance** entraînant un risque de symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal ou une diminution trop rapide des prises.

Parmi les signes de sevrage, on retrouve : nervosité, agitation, anxiété, insomnie, tremblements, hypersudation, diarrhée. Cela peut conduire le-a bénéficiaire de soins à prolonger la prise alors qu'il n'a plus de douleur ou que celle-ci est d'intensité légère.

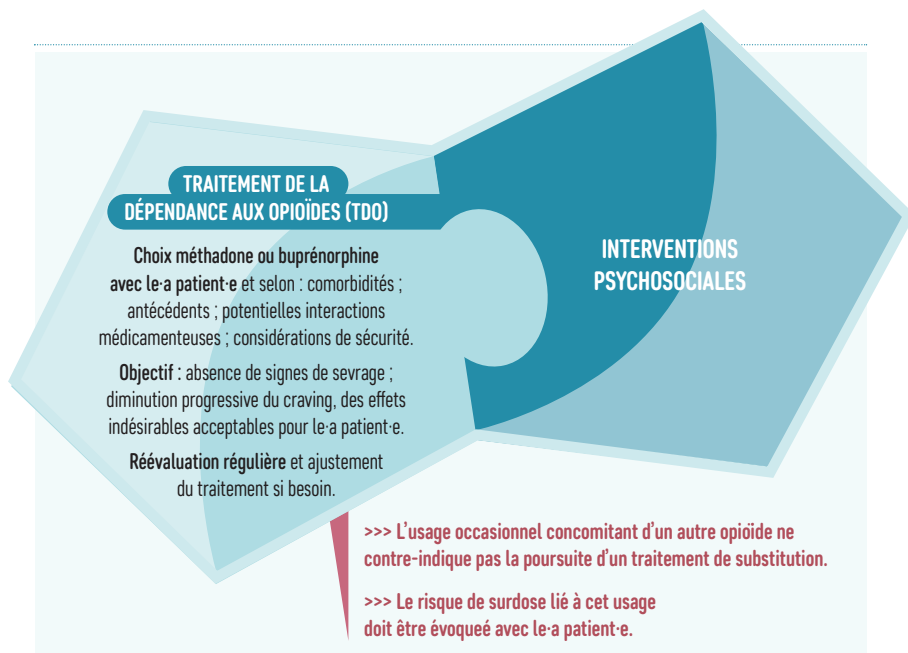
Afin de repérer des symptômes de sevrage, il est possible de se référer aux échelles COWS (*Clinical Opiate Withdrawal Scale*) et SOWS (*Subjective Opiate Withdrawal Scale*) : la première est à destination du/de la praticien-ne/intervenant-e, la seconde permet une auto-évaluation par le-a bénéficiaire de soins/usager-e.



► 5.1.2.3. Échelles COWS et SOWS en lien avec l'évaluation du syndrome de sevrage : page 129

La prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes peut reposer sur une **approche combinée** avec la prescription d'un traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) et des interventions psychosociales.

(45) HAS « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » mars 2022.



► **FIGURE 20** Prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes : approche combinée

Source : « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » HAS – Mars 2022.

L'arrêt du TDO est une décision prise conjointement entre le-a bénéficiaire de soins et les professionnel·les de santé concerné·es. Il est envisagé lorsque le-a bénéficiaire de soins le souhaite et qu'elle est cliniquement stable. Il est alors recommandé d'évaluer la possibilité d'effectuer une diminution progressive de la posologie (échelonnée sur plusieurs mois).



L'abstinence à moyen-terme n'est pas un objectif du traitement par TDO : il peut être conservé plusieurs années voire à vie si le-a bénéficiaire de soins n'en fait pas la demande et reste stable ainsi.



► Pour aller plus loin sur les TDO :

- « Traitement du trouble de l'usage d'opioïdes. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » HAS – mars 2022 ;
- « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution » Conférence de consensus, Lyon – juin 2004.

Si l'éventualité d'une substitution n'est pas retenue par le·a bénéficiaire de soins et sachant qu'un sevrage direct (sans substitution) est associé à un taux élevé de reprise accompagné d'un risque important de complications, il est recommandé d'effectuer un sevrage progressif avec un suivi médical rapproché en consultation.

Si le·a bénéficiaire de soins souhaite un sevrage rapide (diminution de la dose d'antalgique opioïde en moins d'une semaine), une hospitalisation est préférable avec une réévaluation post-hospitalisation à court terme (15 jours à 1 mois) et un suivi au plus long cours ⁽⁴⁶⁾.

Dans la mesure du possible, se mettre en lien avec un CSAPA, un CAARUD, une microstructure médicale ou tout autre service spécialisé, pour une **prise en charge globale bio-medico-psychosociale**.



TRAMADOL ET DIMINUTION PROGRESSIVE DE LA DOSE

- Diminuer la dose par palier de 10 % ou moins. Le sevrage par diminution progressive des doses est une option qui prend du temps, parfois de 4 à 6 mois.
- Adapter le calendrier de sevrage à chaque personne.
- Ne pas traiter les symptômes de sevrage par un autre opioïde ni par une benzodiazépine qui exposent aussi à des risques de dépendances ⁽⁴⁷⁾.

(46) « Traitement du trouble de l'usage d'opioïdes », recommandation de la HAS – 2022.

(47) Pour aller plus loin : « Arrêter un usage prolongé de tramadol » HAS – Revue « Prescrire » Tome 41 n° 458 – décembre 2021, pages 917 à 921.

2.1.5. | Cas clinique

SEVRAGE TRAMADOL AVEC, SI BESOIN, RECOURS À UN TRAITEMENT INHIBITEUR SÉLECTIF DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE (ISRS)

La patiente de 22 ans, étudiante en marketing, présente des douleurs dorsales depuis sa chute en gymnastique il y a 10 mois. Elle n'a pas d'allergie connue, ses vaccinations sont à jour, elle est suivie pour sa contraception. Elle déclare ne consommer que du tabac et de l'alcool en contexte festif. Depuis l'accident, elle est traitée avec efficacité par paracétamol 325 mg/tramadol 37,5 mg, à raison de deux comprimés trois fois par jour. Son médecin traitant lui renouvelle régulièrement ce traitement. Aucun désordre somatique ne justifie une prise en charge spécialisée en centre de la douleur. À ce stade, pas de traces d'autres prescripteur·rices.

Le médecin annonce à la patiente qu'il ne va prescrire que du paracétamol si besoin. Elle refuse, argumentant que ce n'est pas suffisant pour ses douleurs.

Avant de prendre la décision ou non de prescrire à nouveau le traitement, les échelles POMI et ORT sont utilisées afin d'anticiper les risques de mésusage et de dépendance d'antalgiques opioïdes.

Résultats : **le POMI cote à 4** (score ≥ 2 , prudence sur un risque de mésusage) avec entre autres la notion qu'elle a déjà pris ce traitement en quantité plus élevée et plus souvent que ce qui a été prescrit. En revanche, elle n'a jamais eu besoin de renouveler son ordonnance plus tôt que prévu et n'a jamais consulté plusieurs médecins (Urgences incluses) pour en obtenir davantage.

Après investigation, pour comprendre l'origine des surconsommations annoncées dans la POMI, le médecin apprend qu'elle utilise le stock de sa grand-mère – traitée pour des rhumatismes par cette molécule prescrite par son rhumatologue en systématique ; demandée et dispensée en totalité chaque mois.

Au final, la patiente déclare prendre environ 750 mg de tramadol quotidiennement.

Le médecin lui propose de choisir entre une substitution par buprénorphine ou une décroissance du tramadol.

À noter que le tramadol a une activité sérotoninergique importante – en cas d'arrêt brutal de ce dernier au profit de la buprénorphine par exemple, un risque de sevrage sérotoninergique est possible. **Il est nécessaire de réévaluer rapidement l'humeur pour introduire si nécessaire un inhibiteur de la recapture de la sérotonine.**

La patiente décide une décroissance du tramadol, jugeant la buprénorphine trop stigmatisante.



■■■ ÉTAPE 1 : LIEN PHARMACIE

Le médecin prend contact avec la pharmacie pour accompagner le processus de sevrage : pharmacie nominative, demande de déconditionnement voire de fractionnement si nécessaire ⁽⁴⁸⁾.

■■■ ÉTAPE 2 : PASSAGE EN FORME À LIBÉRATION PROLONGÉE (LP)

La quantité déclarée est passée en forme LP sur 12 h ou 24 h (moins addictogène et limitant l'effet *boost* ou planant qu'ont les formes à libération immédiate). La patiente déclare 750 mg/j, ainsi par prudence, une dose de 300 mg LP matin et soir est prescrite dans un premier temps. Une réévaluation rapprochée est immédiatement prévue. Si la patiente se sent bien avec ce dosage, il est stabilisé sur un mois, si ce n'est pas suffisant, la dose est augmentée à 350 mg LP matin et soir. **Il peut exister un mésusage des formes à libération prolongée lorsque le-a bénéficiaire de soins croque ces gélules, annulant ainsi la libération prolongée au profit d'une libération immédiate avec risque de surdose.**

■■■ ÉTAPE 3 : DÉCROISSANCE

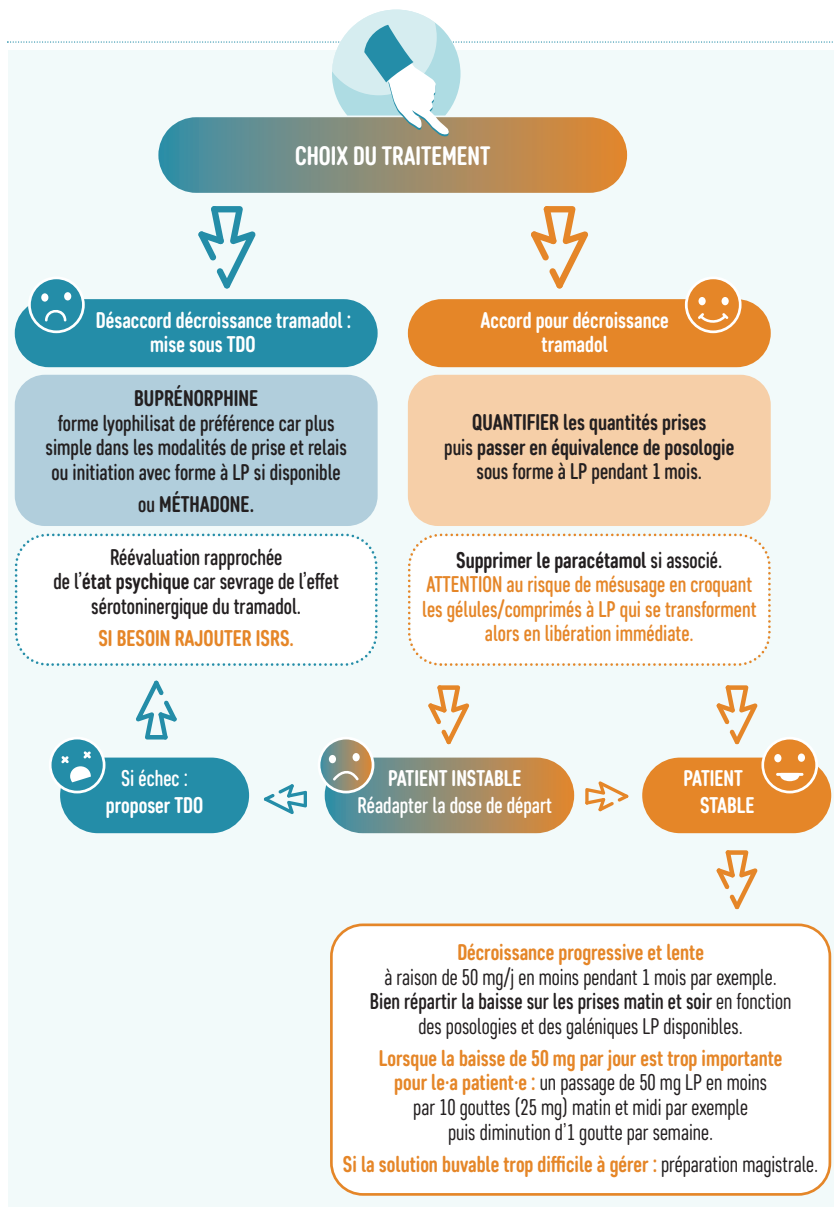
Une décroissance progressive mensuelle par palier de 50 mg LP par jour en moyenne est envisagée.

■■■ ÉTAPE 4 : DÉCROISSANCE FINALE LENTE

Lorsque le-a patient-e n'arrive plus à diminuer de 50 mg/j, on procède à une décroissance plus lente à l'aide des gouttes buvables.

NB : si échec gestion des gouttes : préparation magistrale en gélule pour remplacer les gouttes matin et midi et passage à des paliers de 15 jours possible.

(48) Rédaction d'un protocole de soin (Cerfa n° 11626 – ALD non exonérante).



► **FIGURE 21** Prise en charge d'un trouble de l'usage de tramadol : protocole interne

Source : information issue d'un entretien avec le pharmacien d'un CSAFA.



2.1.6. | Tendances récentes : le point sur les nitazènes

De nouveaux opioïdes de synthèse, les nitazènes, molécules développées jusque dans les années 50 puis abandonnées au regard d'un rapport bénéfices/risques défavorable, circulent actuellement en France sur le marché des drogues illicites. Ils sont **plus puissants que d'autres opioïdes**, avec un **risque élevé de surdose**, même à faible dose. Le risque de dépendance associé à ces produits est également plus important ⁽⁴⁹⁾.

Ils se présentent sous forme de poudre, comprimé, liquide, dans des sprays pour instillation nasale ou dans des e-liquides.

Les usager·es peuvent se les procurer en tant que tel mais parfois ils/elles pensent se procurer un autre produit sur le darknet ⁽⁵⁰⁾ (cannabinoïdes, alprazolam, oxycodone par exemple) et se trouvent confronté·es à un nitazène.

Les nitazènes ont été détectés sur les cinq continents et l'EUDA (European Union Drugs Agency) **a identifié 16 molécules en circulation en Europe**. Pour le moment les seuls clusters repérés sont : deux en Occitanie et un sur l'île de la Réunion, auxquels s'ajoutent quelques autres signalements isolés ⁽⁵¹⁾.

Comme tous les opioïdes, **l'antidote est la naloxone**. Compte-tenu de leur puissance sur le plan pharmacologique, il y a souvent besoin de ré-administrer de la naloxone plusieurs fois avant de parvenir à lever complètement/durablement les effets des nitazènes.

Quand se poser la question de la présence d'un nitazène ?

- Nom de produit évocateur d'opioïde et approvisionnement par « un nouveau lot », évocation d'un produit de très bonne qualité par l'usager·e.
- Réponse à la naloxone inhabituelle (partielle ou de courte durée).



► 5.1.4.4. Guide d'utilisation de la naloxone : page 138

(49) Communication d'Alexandra Boucher (CEIP-A Lyon) – Webinaire Surdoses – CEIP-A PACA CORSE – 5/09/2024.

(50) Partie du réseau Internet accessible uniquement par des logiciels qui anonymisent les données des utilisateur·ices.

(51) ANSM « Les autorités de santé alertent sur la circulation croissante d'opioïdes de synthèse, dont une nouvelle classe particulièrement dangereuse, désormais inscrite sur la liste des stupéfiants » juillet 2024.



En cas de doutes sur la provenance ou la qualité d'une substance consommée par un-e usager-e, les professionnel·les de santé et de réduction des risques peuvent **contacter le réseau SINTES** de l'OFDT pour **une analyse du produit ainsi que le réseau d'addictovigilance** pour se renseigner sur la nature et la dangerosité des produits.

2.1.7. | Vue d'ailleurs

Les usages problématiques du tramadol sont retrouvés sur le **continent africain** où le tramadol est très présent sur le marché illicite et considéré comme « la cocaïne du pauvre » (Salm-Reifferscheidt, Lancet, 2018).

Extraits du journal L'Arbre à Palabres – fait par et pour les personnes usagères et ex-usagères de drogues, leurs proches ainsi que toutes les parties prenantes d'Afrique francophone.



► FIGURE 22
L'Arbre à Palabres n° 7
Août 2024



DOSSIER : Le tramadol

C'EST QUOI ?

Le tramadol est un analgésique (substance calmant la douleur) qui appartient à la classe des opioïdes et qui agit sur le système nerveux central. Il soulage la douleur en agissant sur des cellules nerveuses particulières de la moelle épinière et du cerveau.

REDUCTION DES RISQUES ET DES MÉFAITS

1. Évite d'être seul quand tu consommes du tramadol : en cas d'overdose, tu pourras ainsi être secouru. Entoure-toi de personnes de confiance dans un contexte rassurant.
2. Ne mélange pas le tramadol avec l'alcool et avec l'héroïne. Cela augmente fortement les risques d'overdose (dépression respiratoire souvent mortelle).
3. Évite de prendre le volant et d'entreprendre une activité à responsabilité.
4. Pense aux préservatifs et au gel.

QUESTIONS A UN USAGER

Pourquoi tu en prends ?
Pour être à l'aise dans mon corps, ça décale.
Quels sont les effets ?
Ça donne gros cœur, tu fais des trucs que tu ne peux pas faire, le courage.
Tu peux être en manque ?
Oui, C'est pareil que l'héroïne, et ça coupe le manque d'héroïne aussi.

DOSSIER : Le tramadol (seconde partie)

Quels sont les symptômes de l'addiction au tramadol ?

Le premier signe d'une addiction est la prise de conscience. La personne ne peut plus se passer du tramadol. "Un autre élément très important est l'augmentation des doses (pour la production d'un même effet, appelée pharmacisme de tolérance, car au bout d'un moment, le traitement ne fonctionne plus", reprend le Dr Coudan. "La personne se déstabilise peu à peu des activités du quotidien. Il peut aussi y avoir une dépression."

Quels sont les facteurs augmentant le risque d'addiction ?

Avoir eu une prise en charge inadéquate de l'addiction, tout comme des antécédents psychiatriques, tels que des troubles dépressifs ou anxieux, ou un mauvais usage, sont un véritablement mal predictif pour des douleurs très fortes". Plus la prise est longue, plus les doses sont élevées, plus le risque est important.

Les enfants peuvent-ils devenir dépendants ?

Le tramadol peut être prescrit aux enfants de plus de 11 ans, pour des douleurs intenses ou à court terme, sous surveillance médicale et sous surveillance stricte. Selon le Dr Coudan, "les enfants souffrent plutôt d'une addiction comportementale, aux risques par exemple. Mais une addiction est pharmacologiquement possible."

Comment se passe une prise en charge à une addiction au tramadol ?

Lorsque le tramadol est prescrit légalement, il expose à des symptômes de sevrage et à un effet rebond. En d'autres termes, les douleurs augmentent temporairement à l'arrêt du traitement. Il est donc recommandé de diminuer les doses, de façon accompagnée et progressive, à raison d'une baisse de 10 à 20 % toutes les semaines, en fonction des patients. Plus la prise est ancienne plus il faut diminuer doucement. Un traitement symptomatique peut être proposé en cas de signe de sevrage, comme le paracétamol ou le clonidine. Le prise en charge est multidimensionnelle et privilégie, avec des traitements pour améliorer le confort, comme la relaxation, les bains chauds quand il y a des douleurs musculaires, l'hygiène.

"Une thérapie cognitive et comportementale est faite en première intention", reprend l'addictologue. "Elle se fonde sur des exercices motivationnels. On travaille aussi sur les facteurs extérieurs qui entretiennent l'addiction, comme le fait de faire dormir pour le tramadol, alors qu'il n'y a pas de sommeil profond, que l'on ne s'assonne et qu'il y a des troubles de la respiration."

D'après la revue Prescrire, "le sevrage nécessite une forte motivation des patients et parfois un accompagnement prolongé".

En cas d'échec répété du sevrage ou si l'on continue à augmenter les doses, les prises, un traitement de substitution, comme la buprénorphine, peut être proposé. Il est proposé, dans un cadre médical.

Source : allo.docteurs.fr

► FIGURE 23
L'Arbre à Palabres n° 1
Septembre 2022

Points clés



À RETENIR

- Les antalgiques opioïdes sont indiqués pour le soulagement de **douleurs sévères**, en première ou seconde intention selon les cas, ou **modérées**, en deuxième intention uniquement.
- Le tramadol a, en plus des propriétés antalgiques des opioïdes, une action sur **l'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline** : être particulièrement vigilant-e aux **interactions** en lien et à la **fonction du produit** dans les troubles de l'usage notamment en matière de **santé mentale**.
- **Sujets âgés** : chez les moins de 75 ans, l'adaptation posologique n'est pas nécessaire en l'absence d'insuffisance hépatique ou rénale. Chez les plus de 75 ans, l'élimination du produit peut être retardée : l'intervalle posologique devra être éventuellement allongée.
- **Grossesse/allaitement** : les opioïdes doivent être utilisés avec précaution si la grossesse est proche du terme, même en dose unique, en raison du risque de dépression respiratoire maternelle et/ou du risque de syndrome de sevrage maternel sur le fœtus. Il est préférable d'utiliser la morphine, quel que soit le terme de la grossesse. Un traitement par certains antalgiques opioïdes imposera de suspendre l'allaitement ⁽⁵²⁾.

(52) Pour aller plus loin : HAS « Spécificités concernant la femme enceinte ou allaitante. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses » – mars 2022.



Points clés

À FAIRE



- Commencer par la **posologie la plus faible possible** et une **durée de prescription la plus courte possible** avec un suivi et une évaluation régulière des bénéfices/risques.
- Échanger avec le-a bénéficiaire de soins du **potentiel addictif** de ces substances, des objectifs du traitement et de sa durée limitée dans le temps, dès l'instauration d'un traitement.
- Se rapprocher de CSAPA, services hospitaliers, psychothérapeutes pour un co-suivi ou une prise en charge spécialisée et/ou d'un CEIP-A pour des informations.
- Questionner les **fonctions du produit**, les autres consommations, les motivations à l'usage et modes d'approvisionnement.
- Valoriser les connaissances et compétences de la personne sur les produits et sa connaissance de ses propres consommations.
- Utiliser les échelles ORT (*Opioid Risk Tool*), POMI (*Prescription Opioid Misuse Index*), COWS (*Clinical Opiate Withdrawal Scale*) et SOWS (*Subjective Opiate Withdrawal Scale*) pour **évaluer les risques de dépendance, de mésusages et l'existence d'un sevrage**.
- Se former à l'utilisation, à la prescription et à la délivrance de la **naloxone**.

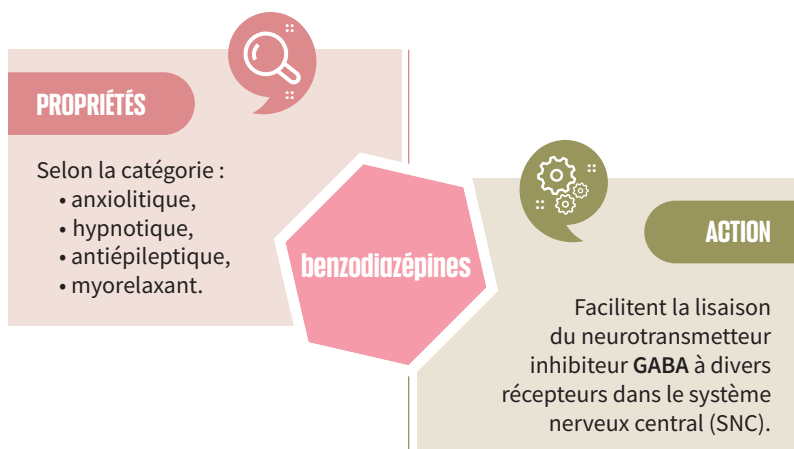


► 5. Échelles d'évaluation, guide d'utilisation de la naloxone, partenaires et sites web ressources

2.2. | Benzodiazépines

2.2.1. | Présentation de la classe médicamenteuse

2.2.1.1. | Mécanismes d'action et caractéristiques pharmacocinétiques



► **FIGURE 24** Les benzodiazépines : quelques données pharmacologiques

Les **benzodiazépines (BZD)** sont un ensemble de médicaments psychotropes de structures chimiques proches agissant sur le système nerveux central (SNC). Selon le type de molécule, elles peuvent induire, sur une durée d'action plus ou moins longue, des **sensations de calme, de somnolence et d'endormissement**. Elles sont largement utilisées pour lutter contre les **symptômes de l'anxiété, de l'insomnie (sédatifs/ hypnotiques) ou encore comme décontractant musculaire ainsi que d'autres états pathologiques comme les attaques de panique et les troubles associés**⁽⁵³⁾. Elles peuvent également être utilisées dans le cadre du traitement de l'**épilepsie** ou dans une démarche de sevrage alcool.

Une vingtaine de benzodiazépines et apparentées sont commercialisées en France⁽⁵⁴⁾.

(53) « Les benzodiazépines » EUDA (European Union Drug Agency).

(54) ANSM « État des lieux de la consommation des benzodiazépines » avril 2017.



Actions thérapeutiques des benzodiazépines (usage de courte durée) ⁽⁵⁵⁾	
Action	Utilisation clinique
Anxiolytique	Anxiété et troubles paniques, phobies
Hypnotique	Insomnie
Myorelaxant	Spasmes musculaires, crampes
Anticonvulsivant	Crises liées à une intoxication médicamenteuse, certains formes d'épilepsie
Amnésie	Prémédication avant opération, sédation pour des procédures chirurgicales mineures



► 5.1.1.4. Les benzodiazépines et leurs étoiles : page 126

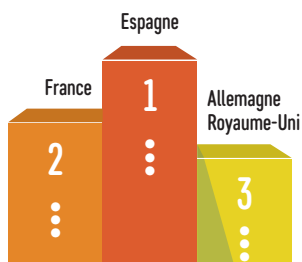
(55) "Benzodiazepines: how they work and how to withdraw" – Professor C Heather Ashton – The Institute of Neurosciences Newcastle University.

2.2.1.2. | Pharmacoépidémiologie

Les durées de prescription dépassent fréquemment les recommandations. ⁽⁵⁶⁾.

Les benzodiazépines ont une durée de prescription limitée (y compris période de sevrage) :

- 12 semaines pour le traitement de l'anxiété,
 - 4 semaines pour le traitement de l'insomnie,
- car, au-delà de ces durées, on assiste à une perte d'efficacité et un risque de pharmacodépendance.



ÉTUDE FRANÇAISE DE PRÉVALENCE

En 2015, **13,4%** de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine.



USAGE INAPPROPRIÉ :

33% des usager-es

Presque **1/4** des consommateur-rices consomme au moins deux benzodiazépines simultanément.



En 2015, la consommation concernait

16,6% des femmes
et **9,7%** des hommes.



Les femmes de plus de 80 ans représentent **38,3%** des consommateur-rices

30% des plus de 65 ans consomment des benzodiazépines (majoration du risque de démence).



► FIGURE 25 (Mes)usages de benzodiazépines en France, âge et genre

Source : « État des lieux de la consommation des benzodiazépines » – ANSM – avril 2017 et du Bulletin n° 20 – juin 2023 de l'Association des centres d'addictovigilance.

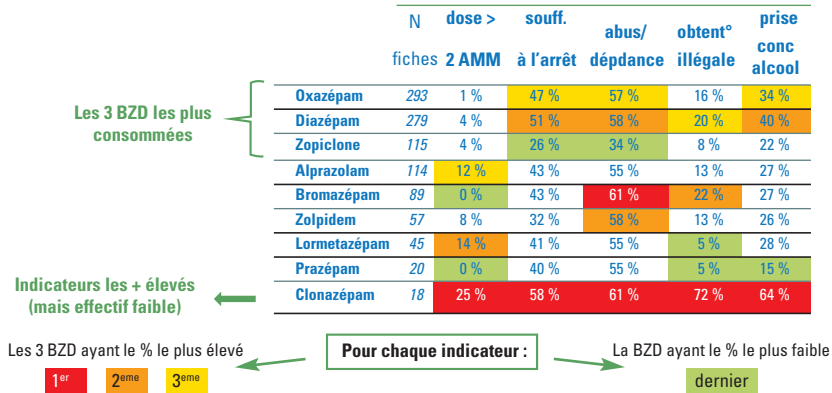
Les benzodiazépines anxiolytiques à demi-vie longue sont moins présentes au profit des benzodiazépines à demi-vie courte qui présentent un risque plus important de dépendance mais un moindre risque d'accumulation dans l'organisme en particulier chez la personne âgée ⁽⁵⁷⁾.

(56) « Les benzodiazépines » ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités – 2022.

(57) ANSM « État des lieux de la consommation des benzodiazépines » avril 2017.

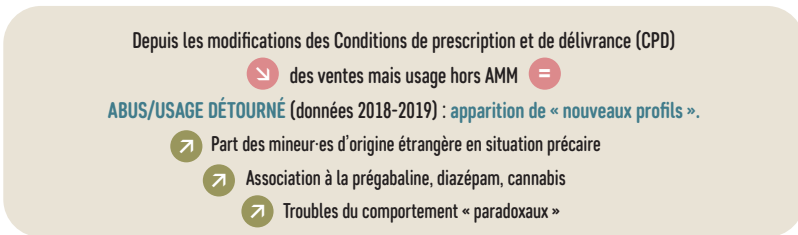


Les données récentes de l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) du réseau français d'addictovigilance auprès de **bénéficiaires de soins de structures d'addictologie⁽⁵⁸⁾** mettent en lumière que les benzodiazépines représentent 20 % de l'ensemble des consommations des usager-es. Le diazépam et l'oxazépam représentent 50 % de ces consommations.



► FIGURE 26 Enquête OPPIDUM

Source : « Méusage et abus des benzodiazépines et apparentés : où en est-on ? » Bulletin de l'Association des centres d'addictovigilance rédigé par les centres d'addictovigilance de Montpellier, Bordeaux, Marseille et Nantes – juin 2023.



► FIGURE 27 Focus Clonazépam

Source : « Méusage et abus des benzodiazépines et apparentés : où en est-on ? » Bulletin de l'Association des centres d'addictovigilance rédigé par les centres d'addictovigilance de Montpellier, Bordeaux, Marseille et Nantes – juin 2023.

Le clonazépam, bien qu'il soit consommé par une part restreinte des usager-es des structures d'addictologie interrogé-es, comporte les indicateurs les plus élevés en matière de doses ingérées, de souffrance à l'arrêt, d'abus et de dépendance, d'obtention illégale et de prise concomitante avec l'alcool⁽⁶⁷⁾.

(58) « Méusage et abus des benzodiazépines et apparentés : où en est-on ? » Bulletin de l'Association des centres d'addictovigilance rédigé par les centres d'addictovigilance de Montpellier, Bordeaux, Marseille et Nantes – juin 2023.



- Les benzodiazépines sont retrouvées dans plus d'un quart des cas de **soumission chimique**⁽⁵⁹⁾.
- Des études internationales montrent une augmentation de 1,6 à 1,8 du **risque d'accidents routiers**, ce risque étant multiplié par 8 en cas de consommation concomitante avec l'alcool⁽⁶⁰⁾.

2.2.2. | Indications et recommandations de prescription

2.2.2.1. | Principales indications

Les benzodiazépines sont indiquées pour induire une relaxation musculaire, en cas de crise convulsive. Elles sont également recommandées dans le **traitement symptomatique des manifestations anxieuses, des troubles sévères du sommeil suite à l'échec de thérapies exclusivement non médicamenteuses** (écoute, soutien psychologique) **ou en complément** de celles-ci sur une courte période.

Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes	La durée globale du traitement ne devrait pas excéder 8 à 12 semaines, y compris la période de réduction de la posologie.	
Troubles sévères du sommeil	Quelques jours à 4 semaines, y compris la période de réduction de posologie.	Insomnie occasionnelle : 2 à 5 jours. Insomnie transitoire : 2 à 3 semaines.
Si elles soulagent ces symptômes, elles n'en traitent pas pour autant les causes.	Les benzodiazépines ne traitent pas non plus une dépression.	
Avec l'âge, le temps de sommeil diminue et ne nécessite pas une prise en charge médicamenteuse. La qualité du sommeil importe plus que sa durée.		

► FIGURE 28 Recommandations de prescription de benzodiazépines

Source : « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire » - HAS - juin 2015.

Au-delà de ces durées, les effets thérapeutiques des benzodiazépines s'atténuent (tolérance pharmacologique) et les effets indésirables s'intensifient.

(59) *ibid.*

(60) « État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France » – ANSM – Avril 2017.



2.2.2.2. | Recommandations d'utilisation

Il est recommandé de prendre en considération les temps de demi-vies des benzodiazépines avant toute prescription. Pour rappel, une demi-vie qualifiée de :

- « **courte** » correspond à une demi-vie **inférieure à 10 h** ;
- « **intermédiaire** » correspond à une demi-vie comprise **entre 10 et 24 h** ;
- « **longue** » correspond à une demi-vie **supérieure à 24 h**.

Les benzodiazépines présentées ci-dessous sont uniquement celles bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché en France. D'autres, bien qu'ayant fait l'objet d'un retrait de leur AMM, sont en circulation sur le marché illicite et consommées hors cadre légal.

Détermination commune internationale	Nom des spécialités	Indications de l'AMM	Demi-vie
Alprazolam	Xanax et génériques	Anxiolytique	Intermédiaire
Bromazepam	Lexomil et génériques	Anxiolytique	Intermédiaire
Chlordiazepoxide	Librax	Anxiolytique	Intermédiaire/Longue
Clobazam	Ubanyl, Likozam	Anxiolytique	Intermédiaire/Longue
Clonazépam	Rivotril	Anxiolytique et anticonvulsivant	Longue
Clorazépate	Tranxene	Anxiolytique	Longue
Clotiazépam	Veratran	Anxiolytique	Courte
Diazépam	Valium et génériques	Anxiolytique	Longue
Ethyl loflazépate	Victan	Anxiolytique	Longue
Estazolam	Nuctalon	Hypnotique	Intermédiaire
Loprazolam	Havlane	Hypnotique	Courte
Lorazépam	Temesta et génériques	Anxiolytique	Intermédiaire
Lormétazépam	Noctamine et génériques	Hypnotique	Courte/Intermédiaire
Midazolam	Génériques	Hypnotique et antipileptique	Courte
Nitrazépam	Mogadon	Hypnotique	Longue
Oxazépam	Seresta et génériques	Anxiolytique	Courte/Intermédiaire
Prazépam	Lysanxia et génériques	Anxiolytique	Longue
Zolpidem	Stilnox et génériques	Hypnotique	Courte
Zopiclone	Imovane et génériques	Hypnotique	Courte

► **FIGURE 29** Indications et demi-vies des benzodiazépines bénéficiant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) en France

Source : « État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France » ANSM - Avril 2017 et « Benzodiazepines: how they work and how to withdraw » - Professor C Heather Ashton - The Institute of Neurosciences Newcastle University.



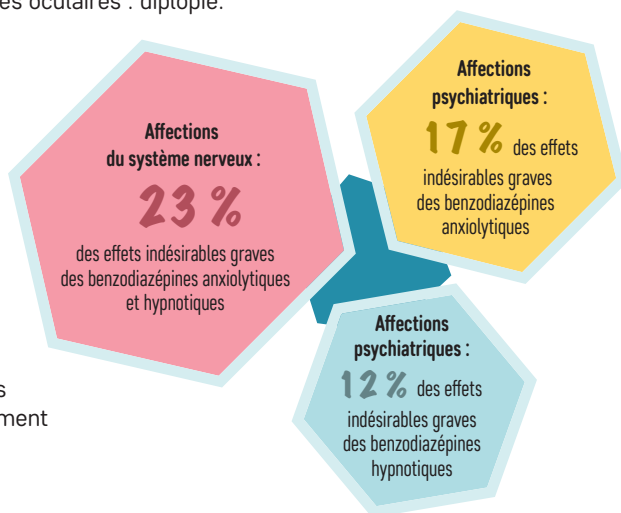
► 5.1.1.4. Les benzodiazépines et leurs étoiles : page 126

2.2.2.3. | Principaux effets indésirables

Les effets indésirables ne disparaissent pas à l'usage. Ils sont proportionnels avec la dose ingérée et à la sensibilité individuelle du/de la bénéficiaire de soins :

- effets indésirables :
 - > amnésie antérograde qui peut survenir aux doses thérapeutiques, le risque augmentant proportionnellement avec la dose,
 - > troubles du comportement, modifications de la conscience, irritabilité, agressivité et agitation (effets paradoxaux), dépendance physique et psychique (y compris aux doses thérapeutiques) avec syndrome de sevrage ou un effet rebond à l'arrêt du traitement,
 - > sensations ébrieuses, céphalées, ataxie,
 - > confusion, baisse de la vigilance voire somnolence (particulièrement chez le sujet âgé), insomnie, cauchemars, tension,
 - > modifications de la libido ;
- effets indésirables cutanés : éruptions cutanées, prurigineuses ou non ;
- effets indésirables généraux : hypotonie musculaire, asthénie, risque de chutes (particulièrement chez le sujet âgé) ;
- effets indésirables oculaires : diplopie.
- autre : asthénie.

Les risques d'effets indésirables graves sont accrus chez le sujet âgé pour qui des chutes sont fréquemment rapportées ⁽⁶¹⁾.



► **FIGURE 30** Déclaration des effets indésirables graves benzodiazépines

Source : « État des lieux de la consommation des benzodiazépines » – ANSM, 2017.



► 3. Recommandations de bonnes pratiques : page 111

(61) ANSM « État des lieux de la consommation des benzodiazépines » – 2017.



2.2.2.4. | Contre-indications et précautions d'emploi

Les benzodiazépines sont contre-indiquées chez les sujets présentant une insuffisance respiratoire sévère, une myasthénie.

Il est nécessaire de respecter les durées de prescription pour prévenir notamment des risques de dépendance. Également, il est déconseillé d'éviter de consommer de l'alcool (même en faible quantité) ou tout autre déprimeur du système nerveux central en raison du risque d'étourdissements, de confusion, d'évanouissement ou manque de concentration. Conduire ou utiliser des machines ou des outils dangereux comporte des risques liés à une possible baisse de vigilance ou une somnolence.

2.2.3. | Pharmacodépendance et troubles de l'usage

Il est essentiel de rappeler les **risques de dépendance** avec un syndrome de sevrage à l'arrêt/diminution, **d'addiction** et de *craving* ainsi que de mésusage, dès la première prescription. Il convient de conserver la plus faible dose thérapeutique possible et d'arrêter le plus tôt possible ⁽⁶²⁾.



► 3. Recommandations de bonnes pratiques : page 111

Les situations suivantes peuvent alerter sur un risque de trouble de l'usage :

- consommation de benzodiazépines **au-delà de la durée maximale recommandée**, parfois pendant plusieurs années ;
- recours aux benzodiazépines **pour mener à bien des activités** de la vie quotidienne ;
- **poursuite de la consommation** de benzodiazépines bien qu'il n'y ait plus d'indication médicale à celle-ci ;
- **demandes de plus en plus fréquentes** de renouvellements de prescriptions, voire sollicitation de plusieurs médecins pour obtenir ces prescriptions ;
- **anxiété à l'idée de ne pas disposer d'une quantité suffisante** jusqu'à la prochaine prescription – majorée par le fait que les sujets concernés par ce type de prescriptions souffrent justement d'anxiété ;
- **augmentation progressive** de la consommation.



► 5.1.2.4. ECAB – Évaluation de l'attachement aux benzodiazépines chez le sujet âgé : page 131

(62) Pour aller plus loin : sur le site de l'OFDT « 3 minutes sur les différences entre "addiction" et "dépendance" ».

Les troubles de l'usage de benzodiazépines peuvent se retrouver dans les situations suivantes :

- **défaut d'information** de la part des prescripteur·rices et dispensateur·rices quant aux risques de dépendance pharmacologique et psychologique ;
- **prescriptions au long cours ou « si besoin »** ;
- **traitement symptomatologique « rapide »** des insomnies et anxiété (satisfaction immédiate même si ce n'est pas une solution à long terme) ;
- **manque de connaissance et d'accompagnement dans des parcours thérapeutiques non médicamenteux**, éprouvés mais complexes à mettre en œuvre (coût, temps à y consacrer, présence de réseaux de soignant·es paramédicaux·ales).



► 5.1.3. Exemples d'approches non médicamenteuses : page 132

USAGER



>>> FORUM COMMUNAUTAIRE



Ralph69 : « Pour **gérer la descente**. Je crois que le mieux est une benzo (Valium notamment), apprendre à se dire que ça va passer, respirer profondément pendant les pics d'angoisse. [...] » ⁽⁶³⁾

Question de tik : « Bonjour à tous et à toutes, il m'arrive de consommer du **speed** le week-end, et pour atténuer les descentes je prends du **Xanax**. J'aurais voulu savoir s'il y avait de grands **risques de mélanger ces deux produits** ? Merci de vos réponses... » Une des réponses, celle d'Alain Will : « Salut tik, Au fait bienvenue sur le forum même si je t'ai déjà répondu. Dans ton cas, ça ne devrait pas te poser de problème. Il ne faut pas abuser des quantités de Xanax, mais tu sembles bien le gérer. Il faut pas en prendre tous les jours non plus.

Pour améliorer une « descente », tu peux aussi boire pas mal d'eau, 50 cl à un litre en 4 ou 5 fois, prendre l'air et éventuellement marcher ; et de préférence rester accompagné. Surtout si tu es dehors. Et éviter de ne penser qu'à ça. Te changer les idées si possible et éviter de consommer du cannabis par-dessus. C'est souvent mais pas toujours un facteur aggravant. Tout le monde ne réagit pas pareil... » ⁽⁶⁴⁾

(63) https://www.psychoactif.org/forum/2020/06/16/Benzo_53035_1.html#p500578.

(64) <https://www.psychoactif.org/forum/t2007-p1-speed-benzodiazepine-descente.html>.



Il existe un « antidote » en cas de surdose ou d'intoxication massive aux benzodiazépines : le flumazénil, antagoniste des benzodiazépines.

Il neutralise les effets pharmacologiques des benzodiazépines, de la zopiclone et du zolpidem. Le flumazénil a un délai d'action de deux à cinq minutes. Il est un antagoniste compétitif : la dose nécessaire sera plus élevée en présence de fortes doses de benzodiazépines⁽⁶⁵⁾. **Il est disponible uniquement auprès des pharmacies hospitalières.**

2.2.4. | Recommandations de prise en charge

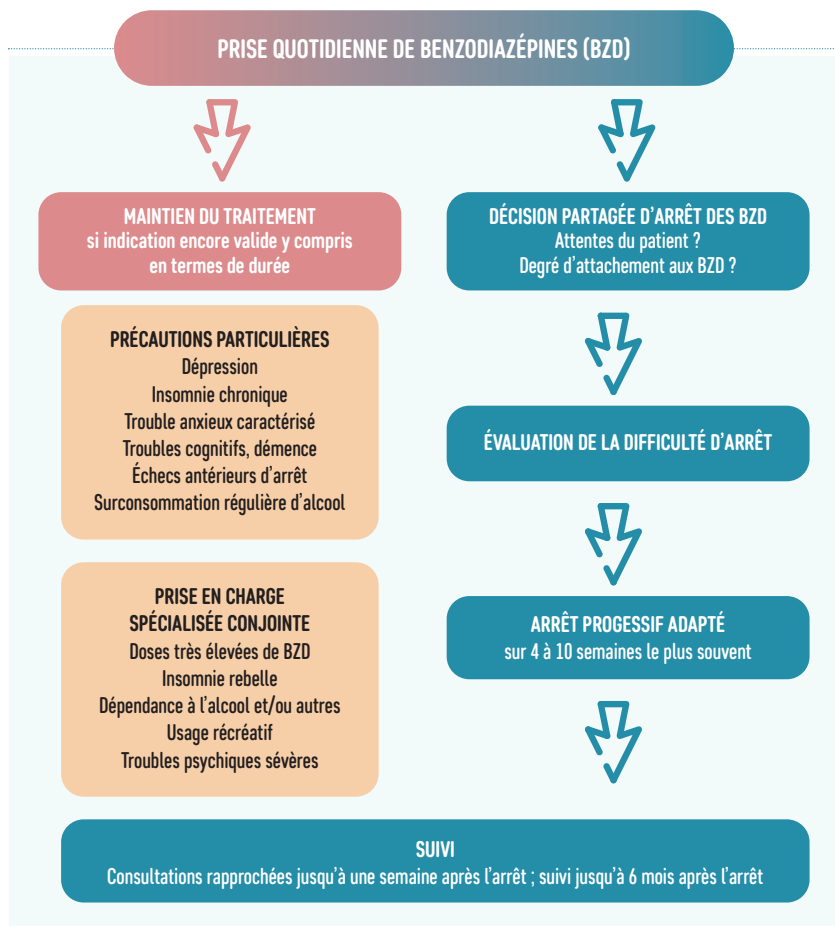
Quand l'engagement dans une démarche de sevrage est décidé conjointement entre le·a médecin et le·a bénéficiaire de soins qui se trouve dans une situation suffisamment stabilisée pour l'envisager, l'arrêt doit toujours être **progressif**.

LES MESSAGES CLÉS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)⁽⁶⁶⁾

- Toute prescription de benzodiazépines ou médicaments apparentés doit respecter les indications et les durées de traitements prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM).
- Les indications à la prescription de benzodiazépines et son maintien sont à évaluer au cas par cas et selon la situation médico-psycho-sociale du/de la bénéficiaire de soins.
- Les effets indésirables et les modalités d'arrêt du traitement sont à expliquer au/à la bénéficiaire de soins dès son instauration.
- L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois, en cas de traitement chronique.
- **Si l'objectif de la démarche est l'arrêt, l'obtention d'une diminution de posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable.**

(65) Centre antipoison belge.

(66) HAS « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire » – 2015.



► **FIGURE 31** Arrêt des benzodiazépines et apparentées. Démarche du médecin traitant en ambulatoire

Source : « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire » HAS, 2015.

Le-a bénéficiaire de soins doit pouvoir être acteur-riche du processus et choisir le rythme qui lui convient. Le cas échéant, la stratégie d'arrêt peut donner lieu – avec son accord – à un **protocole pluriprofessionnel** de sevrage pouvant associer médecin, pharmacien-ne, infirmier-e et entourage.

Diminuer progressivement les doses, assurer une délivrance fractionnée (soit en officine soit avec le passage d'un-e infirmier-e libéral-e) et prescrire une benzodiazépine à demi-vie plus longue pour limiter le *craving* sont des stratégies utilisées.



Si un-e bénéficiaire de soins est hésitant-e face à un arrêt de ces médicaments, la proposition pourra être renouvelée lors de la prochaine consultation ⁽⁶⁷⁾.

Pendant la réduction des doses, le-a médecin programmera des consultations de suivi lui permettant :

- d'**analyser les symptômes liés à l'arrêt** ou d'autres symptômes nouveaux ;
- d'**évaluer l'adhésion** au protocole d'arrêt ;
- d'**encourager** le-a bénéficiaire de soins à poser des questions ;
- de **rechercher une augmentation de la consommation** d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives pendant la phase d'arrêt ;
- de **vérifier la réduction de la posologie** (en demandant par exemple au/à la bénéficiaire de soins d'apporter les comprimés non utilisés) ;
- d'**encourager le-a bénéficiaire de soins** à poursuivre sa démarche de diminution posologique.

	Définition	Symptômes	Délais d'apparition
Syndrome de sevrage	Apparition de signes dus à l'arrêt ou la diminution de la prise.	Fréquents : anxiété, insomnie, céphalées. Occasionnels : confusion, hallucination. Plus rarement : troubles de la vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma.	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive.
Effet rebond	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée.	Le plus souvent : anxiété et insomnie.	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive (1 à 3 semaines).
Reprise	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement.	Anxiété, insomnie, attaque de panique, phobie, etc.	Apparition plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise.

► **FIGURE 32** Rappel sur le syndrome de sevrage, l'effet rebond et la reprise

Source : « Bon usage des benzodiazépines par les professionnels de santé » Ministère du Travail de la Santé et des Solidarités publié le 13.06.16 mise à jour 23.02.22.

(67) HAS « Benzodiazépines : programmer l'arrêt dès la prescription » juin 2019.

La survenue de symptômes similaires à ceux ayant justifié la prescription peut être source d'erreurs de diagnostic et de prise en charge. Chez le·a bénéficiaire de soins âgé·e, lorsque l'arrêt n'est pas progressif et suivi, le **syndrome de sevrage est sous-diagnostiqué** car les symptômes sont mis sur le compte de l'âge ou d'autres maladies associées.

- **Si des signes cliniques sans gravité surviennent** : revenir au palier posologique antérieur puis décroître plus progressivement.
- **Si les signes cliniques sont plus sévères ou persistent** : une réévaluation diagnostique s'impose pour une prise en charge spécifique dans le cadre d'un diagnostic précis (dépression, troubles anxieux, insomnie avérée, etc.).
- **Si le·a bénéficiaire de soins a des signes graves de syndrome de sevrage aux benzodiazépines (confusion, hallucinations, troubles de vigilance, convulsions, coma)** : il/elle doit être hospitalisé·e.

La sévérité et la durée du syndrome de sevrage varient en fonction du/de la bénéficiaire de soins, du type de benzodiazépines et de la vitesse de décroissance de la posologie. Les facteurs pronostiques suivants sont associés à la sévérité du syndrome de sevrage :

- la rapidité de la diminution posologique ;
- une posologie élevée de benzodiazépines ;
- une demi-vie courte d'élimination du médicament ;
- l'existence d'une anxiété importante au début de l'arrêt progressif ;
- l'existence d'une dépression associée au trouble anxieux ;
- une consommation régulière d'alcool ou d'autres substances psychoactives.



Il convient de prévoir un accompagnement psychologique.



Retrouvez les dispositifs de prises en charge spécialisées

► 5.2.2. Psychiatrie – Santé mentale : page 142



2.2.5. | Cas clinique en CSAPA : prescription de prazépam

Lorsque D. arrive au CSAPA, il est en demande d'accompagnement en lien avec sa consommation de clorazépate (Tranxene®).

Il consommait avant cela du clonazépam (Rivotril®) (achat de rue) et il est passé au clorazépate en s'approvisionnant dans l'armoire à pharmacie de son oncle. D. est un consommateur de benzodiazépines de longue date.

Il souhaite reprendre son activité professionnelle.

Le protocole de soin est mis en place par le CSAPA en accord avec D., la Sécurité sociale et la pharmacie désignée :

- prescription par le CSAPA et délivrance par la pharmacie de clorazépate d'une posologie hors AMM (avec accord Sécurité sociale) adaptée à la consommation du moment de D. ;
- après stabilisation, reprise de l'activité professionnelle et demande d'arrêt du clorazépate par D. (en raison d'effets indésirables notamment) : prescription de prazépam (Lysanxia®).

Le choix du prazépam s'est fait en raison de :

- l'impossibilité pour D. de diminuer drastiquement le recours au clorazépate ;
- demi-vie longue du prazépam ;
- existence sous forme de gouttes.

Ainsi « **substituer** » une benzodiazépine par une autre benzodiazépine à demi-vie longue délivrable sous différentes formes (dont les gouttes) permet de :

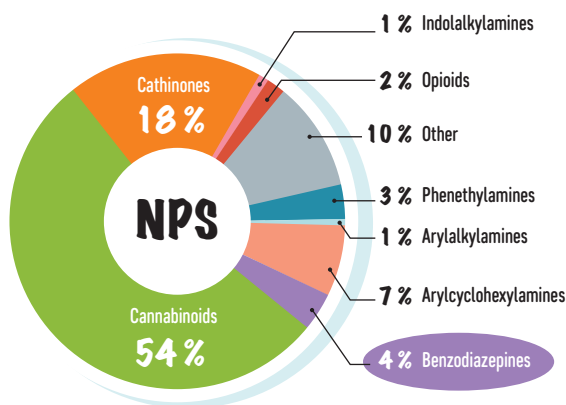
- travailler l'accompagnement médico-psycho-social global avec **prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses**. Selon les besoins/discussions avec le-a bénéficiaire de soins :
 - > mise en place d'un traitement de fond du type antidépresseur agissant sur les troubles anxieux,
 - > accompagnement vers un centre anti-douleur,
 - > mise en lien avec le Centre médico-psychologique (CMP),
 - > orientation vers l'unité chargée de la prise en charge des psychotraumatisme au niveau local,
 - > ou toute autre activité qui peut soutenir la personne dans la gestion de son quotidien, de sa santé physique et psychique ;
- anticiper la diminution et/ou l'arrêt de la consommation avec la possibilité de mettre en place des paliers très progressifs.

Utiliser les représentations graphiques des benzodiazépines (tableaux, étoiles des benzodiazépines) permet de discuter avec les bénéficiaires de soins de ce qu'est une benzodiazépine, de leur action, de parler de famille de produits.

2.2.6. | Tendances récentes : les « designer » benzodiazépines en Europe ⁽⁶⁸⁾

Les *designer* benzodiazépines sont définies comme des Nouveaux produits de synthèse (NPS) ⁽⁶⁹⁾ qui contiennent un **noyau benzodiazépine**, y compris des composés structurellement étroitement apparentés (par exemple les thiénodiazépines) et qui ne sont **pas commercialisées en tant que médicament**.

Au 28 février 2021, l'EUDA surveillait 30 *designer* benzodiazépines via le système d'alerte précoce de l'Union Européenne (UE). Certaines sont déjà classées sur la liste des psychotropes au niveau international (étizolam, flualprazolam) ou au niveau national (métizolam, flubromazolam). Ces dernières années, de nouvelles *designer* benzodiazépines ont été identifiées en Europe, avec une remontée croissante des signalements au réseau d'addictovigilance.



► **FIGURE 33**
Saisies de NPS
déclarées au Système
d'alerte précoce de l'UE,
2005-2019 : pourcentage
par catégorie
Source :
« Nouvelles benzodiazépines
en Europe – revue » EUDA.

(68) Traduit de et pour aller plus loin : « New benzodiazepines in Europe – a review » de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

(69) Les nouveaux produits de synthèse (NPS) désignent « de nouveaux stupéfiants ou psychotropes, sous forme pure ou en préparation, qui peuvent constituer une menace pour la santé publique comparable à celle posée par les substances énumérées dans les conventions ». Pour en savoir plus sur les NPS (aussi appelés RC – *Research Chemical*) : « Nouveaux Produits de Synthèse, nouvelles substances psychoactives, nouveaux usages » édition 2022 sur le site de la MILDECA.



En cas de doutes sur la provenance ou la qualité d'une substance consommée par un-e usager-e, **contacter le réseau SINTES de l'OFDT pour une analyse du produit et le CEIP-A dont vous dépendez.**

2.2.7. | Vue d'ailleurs : programme de sevrage progressif des benzodiazépines et apparentées en Belgique

Un programme de sevrage progressif, encadré par le-a médecin et le-a pharmacien-ne, peut être proposé à certain-es utilisateur-ices chroniques de benzodiazépines et de *Z-drugs* ⁽⁷⁰⁾ depuis le 1^{er} février 2023.

Ce programme s'inscrit dans le cadre d'une approche multidisciplinaire impliquant à la fois le-a médecin prescripteur-ice, le-a pharmacien-ne et le-a bénéficiaire de soins.

2.2.7.1. | Le programme de sevrage

> PRINCIPE

Le programme a pour objectif un **arrêt progressif des benzodiazépines et apparentées (Z-drugs)**. Ce programme est basé sur des préparations magistrales de gélules, réalisées par le-a pharmacien-ne d'officine à la suite d'une prescription médicale, pour certaines **personnes utilisateur-ices chroniques de benzodiazépines ou Z-drugs**. Ce programme permet un arrêt progressif en 50 à 360 jours ou une stabilisation jusqu'à la dose la plus faible possible.

> PUBLIC CIBLE ET CONDITIONS

Ce programme débute par une prescription médicale. Les bénéficiaires de soins doivent répondre à un certain nombre de critères :

- être âgé-e d'au moins **18 ans** ;
- avoir donné leur **consentement** ;

(70) Sont appelées « Z-drugs » les molécules non benzodiazépines mais apparentées dans ses usages et effets. Elles commencent souvent par la lettre Z : zopiclone, zolpidem, etc.

- suivre le programme en **milieu ambulatoire** (donc hors des maisons de repos et maisons de soins), dans **la même pharmacie de son choix** durant toute la durée du programme ;
- être utilisateur·rice **chronique** (≥ 3 mois) **d'une seule benzodiazépine ou apparentée (Z-drug)** en une seule prise par jour à une dose ne dépassant pas trois fois la DDD (*Defined Daily Dose*).

2.2.7.2. | Aspects pratiques de prescription par le·a médecin

Lorsque le·a médecin décide, en concertation avec le·a bénéficiaire de soins, de lancer un programme de sevrage, tous·tes deux doivent signer un formulaire d'accord tripartite. Ce formulaire doit être remis au/à la bénéficiaire de soins afin de le remettre au/à la pharmacien·ne de son choix.

Dans ce document, le·a médecin spécifie notamment :

- le nom de la **molécule** ;
- le **schéma** de sevrage choisi :
 - > 5 paliers : 100 % – 80 % – 60 % – 40 % – 20 %,
 - > 7 paliers : 100 % – 80 % – 60 % – 40 % – 30 % – 20 % – 10 %,
 - > 10 paliers : 100 % – 90 % – 80 % – 70 % – 60 % – 50 % – 40 % – 30 % – 20 % – 10 %,
- la **durée de chaque palier** : 10, 20 ou 30 jours.

2.2.7.3. | Rôle du/de la pharmacien·ne d'officine

- Une fois le formulaire d'accord rempli et signé, le·la pharmacien·ne réalise un **entretien d'initiation** avec le·a bénéficiaire de soins au cours duquel il/elle aborde notamment les objectifs et le déroulement du programme et donne des conseils.
- Sur base de la prescription du/de la médecin, le·a pharmacien·ne prépare les gélules **à partir de la spécialité** la plus indiquée.
- Le·a pharmacien·ne ne peut dispenser que la préparation correspondant à un seul palier à la fois.
- Au plus tard lors de la délivrance des gélules du dernier palier, le pharmacien réalise **l'entretien de suivi**.



2.2.7.4. | Commentaire du centre belge d'information pharmacothérapeutique

Ce programme concerne principalement les bénéficiaires de soins utilisant une benzodiazépine en tant que **somnifère**. Celles·ceux qui consomment plusieurs benzodiazépines ou qui ont recours à plusieurs prises par jour ne sont donc éligibles pour ce programme de sevrage que si la consommation est d'abord réduite à une seule dose quotidienne, et cela éventuellement après un passage au diazépam.

Le passage au **diazépam** a parfois été proposé comme une option pour le sevrage progressif des benzodiazépines. En effet, le diazépam et ses métabolites actifs ont une longue demi-vie, avec en conséquence un risque d'effets indésirables, surtout chez les personnes âgées.



► Pour aller plus loin : www.cbip.be/fr/

Points clés



À RETENIR

- Les benzodiazépines, qui comportent de nombreux effets indésirables, ne **sont pas un traitement de fond de première intention, ni « si besoin », ni exclusif, ni au long cours** dans la gestion de l'anxiété ou de l'insomnie. Un accompagnement dans des **approches non médicamenteuses** est indispensable (psychothérapie, agenda du sommeil, etc.).
- Les benzodiazépines sont des **dépresseurs du système nerveux central**. Associées à d'autres dépresseurs (comme l'alcool, les opioïdes, la prégabaline), le **risque de dépression respiratoire** est majoré. Il y a donc nécessité d'échanger avec le-a bénéficiaire de soins/l'usager-e de ses autres consommations.
- L'antidote aux benzodiazépines est le **flumazénil** (uniquement disponible à l'hôpital).
- La porte d'entrée de la dépendance aux benzodiazépines peut se faire **en « descente » de stimulants**. Leur consommation peut glisser vers des prises plus régulières, en semaine, pour gérer l'anxiété ou l'insomnie, autrement dit en dehors des contextes festifs/récréatifs.
- Les **designer benzodiazépines** peuvent remplacer la consommation d'autres benzodiazépines ou être utilisées pour gérer la descente après la prise de psycho-stimulants.
- **Toutes les benzodiazépines ne sont pas équivalentes** : les motivations à l'usage ne sont pas les mêmes et le potentiel addictif non plus. Elles ne sont pas forcément substituables.
- Les benzodiazépines sont utilisées dans plus d'un quart des **soumissions chimiques**, le plus souvent avec de l'alcool.
- Les **personnes âgées** sont généralement plus sensibles aux effets indésirables des médicaments psychotropes ce qui peut entraîner une perte d'autonomie, un risque de chutes avec fractures : il est recommandé de réduire la fréquence des prises ainsi que la dose de médicament (au moins au début en divisant par un facteur 2 ou 3) ⁽⁷¹⁾.
- Chez la **femme enceinte**, il est recommandé d'éviter l'usage des benzodiazépines au cours du premier trimestre et en fin de grossesse (risque de syndrome d'imprégnation à la naissance voire d'un syndrome de sevrage retardé pendant la deuxième semaine). L'allaitement est contre-indiqué si la prescription de benzodiazépines est indispensable ⁽⁷²⁾.



Points clés

À FAIRE



- **Réduire la durée d'utilisation** d'une benzodiazépine autant que possible :
 - de quelques jours à trois semaines dans l'insomnie,
 - jusqu'à 12 semaines dans l'anxiété.
- Réévaluer régulièrement l'intérêt de la prescription.
- Évaluer attentivement le rapport bénéfice/risque avant toute première prescription en raison notamment du risque de dépendance et de tolérance.
- **Prévenir dès l'instauration du traitement du potentiel addictif** et de la nécessité d'une prescription de courte durée.
- Éviter d'initier un traitement chez la personne âgée de plus de 65 ans.
- Utiliser l'**Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines chez le sujet âgé (ECAB)**.
- Se rapprocher de CSAPA, services hospitaliers, psychothérapeutes pour un co-suivi ou une prise en charge spécialisée.
- Valoriser les connaissances et les compétences de la personne sur les produits et sa connaissance de ses propres consommations.



► 5. Échelles d'évaluation, approches non médicamenteuses, partenaires et sites web ressources

(71) « Somnifères, anxiolytiques : attention aux effets secondaires des benzodiazépines » sur pourlespersonnesagees.gouv.fr

(72) « Les benzodiazépines » sur le site du Collège national de pharmacologie médicale.

2.3. | Prégabaline

2.3.1. | Présentation du produit

2.3.1.1. | Mécanismes d'action et caractéristiques pharmacocinétiques

La prégabaline est un médicament présentant une structure chimique proche de celle de l'acide gamma-amino-butyrique (GABA), un neuromédiateur inhibiteur du système nerveux central. Il appartient à la **famille des gabapentinoïdes** (comme la gabapentine).

Elle est indiquée chez l'adulte dans le traitement :

- de certaines formes d'épilepsie en association avec un autre antiépileptique,
- des douleurs neuropathiques,
- de certaines formes d'anxiété (trouble anxieux généralisé).

D'un point de vue pharmacologique, les gabapentinoïdes, bien qu'ils soient des analogues structuraux du GABA, ne présentent pas d'action directe sur son récepteur. Leur mécanisme d'action principal serait lié à une fixation sur des canaux calciques voltage-dépendants (CCVD) membranaires entraînant une diminution des flux entrants de calcium dans la cellule, réduisant l'hyperexcitabilité neuronale.

Le médicament est détourné de son usage pour **des effets anxiolytiques, analgésiques, euphorisants et/ou psychostimulants**⁽⁷³⁾.

La demi-vie d'élimination de la prégabaline est d'environ 6 heures.

2.3.1.2. | Pharmacoépidémiologie

Les données pharmacoépidémiologiques concernant la prégabaline sont essentiellement issues des données d'addictovigilance et des résultats d'une étude pharmacoépidémiologique⁽⁷⁴⁾. Elles concluent à un risque de mésusage et de développement d'une dépendance en population générale.

(73) « Le mésusage de la prégabaline, un phénomène émergent » Dorian Rollet, psychiatre, Hôpital Fernand-Widal, Paris.

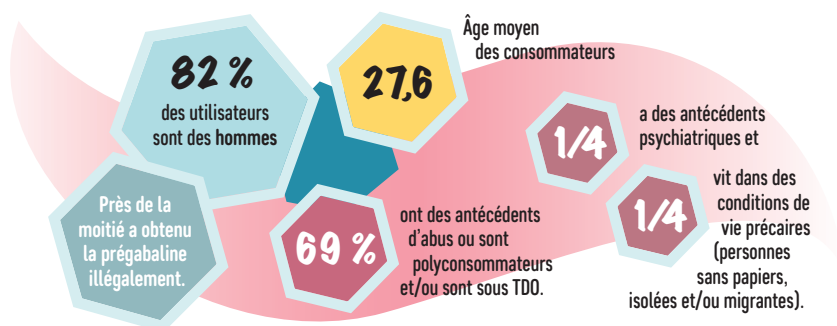
(74) "Patterns of gabapentin and pregabalin use and misuse: Results of a population-based cohort study in France" Br J Clin Pharmacol. Driot D, Jouanjs E, Oustric S, Dupouy J, Lapeyre-Mestre M. – Juin 2019.



Des troubles de l'usage sont majoritairement repérés au sein de populations spécifiques, souvent éloignées des systèmes de soin et s'approvisionnant sur le marché illicite.

Le Centre d'addictovigilance de Toulouse rapporte que 8 à 12 % des sujets initiant la prégabaline en contexte thérapeutique présentent un mésusage par l'utilisation de doses supérieures aux doses maximales thérapeutiques ⁽⁷⁵⁾.

Le phénomène de consommation massive de prégabaline chez certains publics en très grande précarité, aux conditions d'existence difficiles et présentant des psychotraumatismes multiples est qualifié de « phénomène émergent » dans la littérature. Les professionnel·les sont pour beaucoup dans l'impasse avec la prégabaline : quelles sont les postures à adopter face à l'impatience de certain·es usager·es lorsqu'ils réclament une prescription ? Prescrire ou non ? Comment accompagner la gestion/diminution des consommations ? Comment accueillir/aller vers ces publics ? Quid de la question de la prise en charge des psychotraumatismes et de l'accompagnement des personnes dans des conditions d'existence extrêmement précaires ?



► **FIGURE 34** Synthèse des données d'addictovigilance
(résultats des 121 NotS – notifications spontanées)

Source : rapport d'expertise sur la prégabaline du CEIP-A de Toulouse – Septembre 2020.



► **1.2.4.4. Le milieu carcéral : consommations de médicaments psychotropes et situation particulière des personnes détenues en exil : page 28**

(75) « Une crise des gabapentinoïdes ? » Bulletin n° 11, septembre 2019 rédigé par le Centre d'addictovigilance de Toulouse.

Synthèse de l'article de Dorian Rollet sur les mésusages de prégabaline et du communiqué de presse de l'OFDT du 14/12/2023 ⁽⁷⁶⁾

Type de public	Parcours	Consommations	Motivations à l'usage de prégabaline
Personnes venant d'Europe de l'Est (surtout géorgiennes)	Motivées par des raisons politiques, économiques ou sociales et/ou en demande d'accès aux soins en lien avec une infection VIH et/ou VHC.	Elles sont souvent injectrices d'opiacés et/ou sous traitement par méthadone. Autres consommations : cocaïne ou psychotropes	Elles utilisent la prégabaline pour potentialiser les effets des opiacés.
Personnes en provenance d'Afrique subsaharienne (Guinée, Somalie, Érythrée, Gambie et Soudan) et du Maghreb, parmi lesquels des Mineur-es non accompagné-es (MNA)	Elles ont quitté leur pays du fait d'importantes difficultés sociales. Elles sont issues de parcours migratoires complexes et récents, traumatogènes. Nombre d'entre elles vivent à la rue ou en centres d'accueil pour migrants, en situation irrégulière. Elles vivent souvent de délits (vol à l'arraché, racket, guet pour les dealers, etc.) ou du travail dissimulé. Ces communautés sont suspectées d'être touchées par des réseaux de traite humaine. Qu'elles soient mineures ou adultes, nombre d'entre elles ont eu des parcours carcéraux ou judiciaires.	Le trafic de substances pharmaceutiques est une industrie illicite importante dans de nombreux pays d'Afrique du Nord. La prégabaline est très présente au sein des populations urbaines pauvres d'Algérie et du Maroc. Elles faisaient souvent usage de prégabaline dans leur pays d'origine, puis ont augmenté les doses après leur arrivée en Europe. Autres consommations : tramadol, clonazépam, diazépam, alcool et parfois cocaïne basée.	La prégabaline est présentée chez ce public comme nécessaire pour supporter les conditions de vie éprouvantes.

► FIGURE 35 Les mésusages de prégabaline : publics, parcours, motivations à l'usage et consommations de produits psychoactifs associés
 Source : « Le mésusage de la prégabaline, un phénomène émergent ».

(76) Communiqué de presse OFDT « Substances psychoactives, usagers et marchés en France en 2022 » 14/12/2023.



2.3.2. | Indications et recommandations

La prégabaline doit obligatoirement être prescrite sur une **ordonnance sécurisée**. Elle ne pourra être renouvelée en pharmacie que cinq fois sur mention du/de la prescripteur-riche, permettant une délivrance de six mois de traitement maximum. Si nécessaire, une nouvelle visite médicale sera à prévoir tous les six mois.

2.3.2.1. | Posologie

La posologie recommandée de prégabaline (Lyrica®) varie entre 150 mg (à l'instauration du traitement) et 600 mg (au maximum) par jour en deux ou trois prises. L'augmentation des doses, par palier, doit respecter des intervalles de temps généralement de trois jours à une semaine pour les douleurs neuropathiques. La nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée régulièrement.

Une adaptation de la dose chez les bénéficiaires de soins ayant une fonction rénale diminuée ou traités par hémodialyse est nécessaire.

L'ANSM⁽⁷⁷⁾ rappelle que :

- la **posologie doit être diminuée progressivement** avant l'arrêt du traitement pour éviter un syndrome de sevrage ;
- la prégabaline doit être délivrée dans les **plus petits conditionnements possibles**, adaptés à la prescription ;
- toute prescription concomitante de **prégabaline avec des opioïdes** doit être effectuée avec précaution ;
- chez les bénéficiaires de soins présentant **un risque de mésusage**, et à la suite d'un contrôle renforcé de la prégabaline : un **report vers la gabapentine** (Neurontin® et générique), un autre gabapentinoïde, doit être surveillé ;
- les cas graves liés à un abus et/ou une dépendance et/ou un usage détourné d'une substance avec un effet psychoactif doivent être signalés sans délai à votre CEIP-A.

2.3.2.2. | Précautions d'emploi

Précautions : état de dépendance et/ou antécédent d'abus, diabète (ajustement éventuel des hypoglycémifiants), grossesse (risque potentiel de malformation congénitale chez l'enfant exposé *in utero* au 1^{er} trimestre de grossesse), insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, maladie du système nerveux, pathologie respiratoire, hémodialyse, sujet âgé ou de moins de 18 ans, traitement concomitant par opiacés. Ne pas consommer d'alcool pendant le traitement.

La principale contre-indication concerne l'allergie à l'un des composants du médicament.

(77) ANSM « Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage » – 2021.

2.3.2.3. | Principaux effets indésirables ⁽⁷⁸⁾

Parmi les effets indésirables possibles, on retrouve :

- des éruptions cutanées graves,
- des céphalées,
- des étourdissements et de la somnolence,
- une vision trouble ou une perte de la vue,
- des difficultés respiratoires,
- une insuffisance rénale,
- des troubles gastro-intestinaux,
- des effets cardiovasculaires : tachycardie, arythmie, apparition ou aggravation d'une insuffisance cardiaque congestive,
- des idées autodestructrices ou suicidaires avec possiblement un passage à l'acte,
- une sensation d'euphorie, d'irritabilité,
- des troubles de l'attention, maladresse, troubles de la mémoire, perte de mémoire.

Chez la femme enceinte : il existe un risque de malformation fœtale au cours du premier trimestre de grossesse nécessitant ainsi d'évaluer le bénéfice/risque du médicament, dans le cadre d'un traitement de l'épilepsie (la prégabaline ne constituant pas un traitement de première ligne).

D'autres effets indésirables sont possibles. En cas de doute, consulter un·e professionnel·le de santé ou se référer à la notice du médicament.



► 3. Recommandations de bonnes pratiques : page 111

(78) Base de données publique du médicament.



2.3.3. | Pharmacodépendance, troubles de l'usage

L'usage de prégabaline peut conduire à un trouble de l'usage.

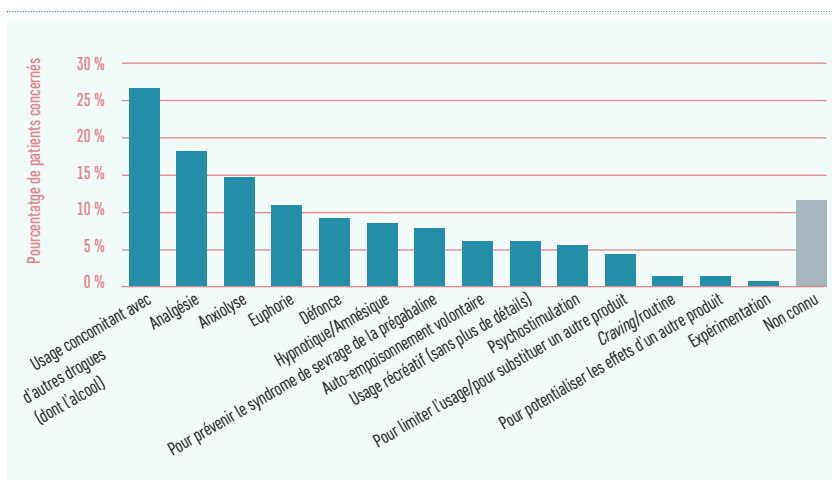
La consommation de prégabaline potentialise les effets sédatifs des opioïdes, des benzodiazépines, de l'alcool et du cannabis. Le risque d'insuffisance voire de détresse respiratoire est majoré en cas d'association de ces produits.



► 5.1.1. Classement des produits et interactions : page 122

► 5.1.14. Prise en charge des urgences vitales : page 135

Parmi les 258 sujets interrogés dans le cadre d'une étude⁽⁷⁹⁾ sur les abus de gabapentinoïdes en France, les situations et motivations aux mésusages de prégabaline sont très diverses.

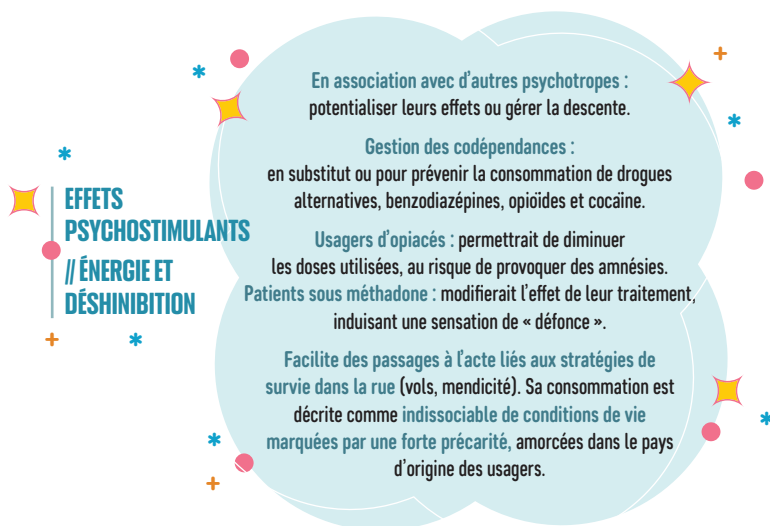


► **FIGURE 36** Contexte ou motivation au mésusage de prégabaline

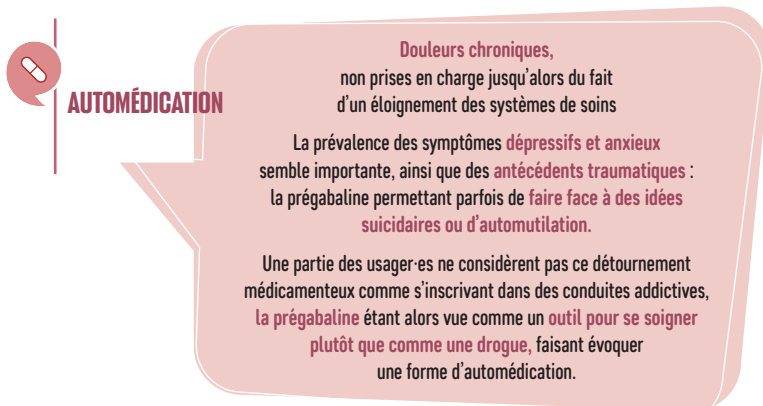
Source : « Gabapentinoid Abuse in France: Evidence on Health Consequences and New Points of Vigilance » Marine Tambron, Camille Ponté, Emilie Jouanjus, Nathalie Fouilhé, Joelle Micallef, Maryse Lapeyre-Mestre and the French Addictovigilance Network (FAN).

(79) Pour aller plus loin (notamment sur les complications recensées chez les personnes mésusant la prégabaline de la cohorte de l'enquête) : "Gabapentinoid Abuse in France: Evidence on Health Consequences and New Points of Vigilance" Marine Tambron, Camille Ponté, Emilie Jouanjus, Nathalie Fouilhé, Joelle Micallef, Maryse Lapeyre-Mestre ; Réseau français d'addictovigilance – 03/02/2021.

À propos des effets psychostimulants, désinhibants et de l'automédication :



► FIGURE 37 Motivations aux usages détournés de prégabaline



► FIGURE 38 Motivations aux usages détournés de prégabaline



Si la dose de prégabaline doit être diminuée voire arrêtée, il convient de le faire progressivement : **des convulsions ou des états de mal peuvent apparaître pendant ou peu après l'arrêt des consommations.**

Les autres signes et **symptômes de sevrage** à la prégabaline incluent : des maux de tête, changements d'humeur, agitation, dépression, anxiété, confusion, nausées, diarrhées, augmentation du rythme cardiaque, envie de prendre des médicaments, insomnie, transpiration excessive, douleurs, convulsions et étourdissements.

Les **symptômes potentiellement mortels du sevrage** de la prégabaline peuvent inclure : une déshydratation, des problèmes cardiaques, des crises épileptiques ou encore des passages à l'acte suicidaire.

Concernant l'arrêt d'un traitement à long terme par la prégabaline, des données suggèrent que **l'incidence et la sévérité des symptômes de sevrage peuvent être dose-dépendantes.**



► 3.2. Manifestations et conduites à tenir en cas de surdose : page 114

PRO

>>> RENCONTRE AVEC UN INTERVENANT AUPRÈS DE TRAVAILLEUR·SES DU SEXE – MARSEILLE

Le public qui consomme de la prégabaline, accompagné par l'association, regroupe des hommes et des femmes majoritairement algérien·nes.

C'est un produit facilement accessible à Noailles, un quartier pauvre du centre-ville de Marseille. Les personnes trouvent moins honteux de consommer de la prégabaline car c'est un médicament.

Certains des effets mettent en difficultés les mères hébergées notamment : par exemple une femme disait présenter une grande fatigue et un « lâcher-prise très fort » à ne plus avoir conscience des choses, « tout coule » au point d'avoir du mal à s'occuper de ses enfants.

Ce n'est pas une consommation « pour les passes » (comme peut l'être la cocaïne par exemple) mais plus un produit au quotidien pour « oublier » les contraintes, la dureté de la vie. Autrement dit, quand les femmes (et les hommes travailleurs du sexe) prennent de la cocaïne dans le cadre même d'une passe, parfois avec le client, elles prennent la prégabaline au quotidien, c'est « ancré dans leur quotidien ». C'est un produit davantage associé à la communauté. Quand il y a une volonté de s'éloigner des consommations et du travail du sexe, c'est plus dur à arrêter. Une des femmes disait qu'on peut arrêter la coke en arrêtant le travail du sexe mais on ne va pas arrêter de fréquenter sa communauté algérienne (où la prégabaline est fortement présente). Un seul des médecins traitants qui assure le suivi des personnes accueillies prescrit de la prégabaline pour éviter un arrêt brutal. Les autres, le plus souvent, refusent.

USAGER



>>> FORUM COMMUNAUTAIRE

« Hello !



[...] La prégabaline est un médoc plutôt récent, successeur « boosté » de la gabapentine ; efficace sur les douleurs neuropathiques, il a également des propriétés anxiolytiques. Dans le cadre d'un traitement, les doses sont augmentées progressivement, pour minimiser l'impact des effets secondaires.

Pour ma part, je l'utilise de manière récréative, généralement à des doses de 500-600 mg. Ça met deux bonnes heures à monter ; tu n'y fais plus attention, puis un moment tu te lèves de ton canapé et tu te dis « woah putain ! ».

Le résultat est assez singulier : une démarche improbable comme sous DXM, une anxiolyse complète, une sensation d'ébriété/euphorie, une tendance à la logorrhée aussi (c'est pour ça que je suis bavard ce soir...) ; pour le négatif : la mémoire, il faut oublier. J'ai mis un certain temps à retrouver un cerveau fonctionnel après quelques semaines de « binge » au Lyrica. J'en consomme donc beaucoup plus rarement maintenant (la tolérance grimpe vite, de toutes façons).

En parcourant divers forums, je me rend compte que son usage récréatif reste marginal, peut-être à cause d'un accès difficile à ce médicament. [...] »⁽⁸⁰⁾.

(80) L'intégralité du post et de la discussion : <https://www.psychoactif.org/forum/t10278-p1-Pregabaline-Lyrica-consommation-recreative.html>. Les parties du témoignage retranscrites n'ont pas fait l'objet de modifications de fond et de forme.



2.3.4. | Recommandations de prise en charge addictologique

Des difficultés en matière d'accueil et de suivi ont été observées chez les professionnel·les du soin.

« À l'heure actuelle, les professionnel·les des structures d'accompagnement en addictologie rapportent un sentiment d'impuissance et de désarroi dans leurs prises en charge. Les demandes [des bénéficiaires de soins] sont souvent centrées sur la délivrance des médicaments qu'ils se procurent habituellement au marché illicite. Les suivis sont erratiques avec des pertes de vue très fréquentes, et les leviers thérapeutiques clairsemés. » ⁽⁸¹⁾



Un travail avec la pharmacie est indispensable pour une délivrance fractionnée en cas de diminution progressive des doses et le **recours à des médiateur·ices** en santé pair·es une ressource majeure pour assurer la traduction et considérer la dimension interculturelle.

[La prescription de prégabaline relève] d'une stratégie déjà utilisée dans le cadre des prescriptions de morphine thérapeutique ⁽⁸²⁾, ou pour les usages problématiques de benzodiazépines chez les mineur·es non accompagn·es (MNA) ⁽⁸³⁾. Elle permet **aux professionnel·les de se positionner en tant qu'allié·es** et facilite un suivi à long terme. Surtout, elle permet de **réduire les risques**, en donnant une posologie adaptée aux situations et en apprenant à utiliser les médicaments pour **maximiser les effets positifs tout en réduisant les doses**.



► 2.3.5.1. Protocole d'urgence de prescription de prégabaline à Toulouse (et dans le département) : page 101

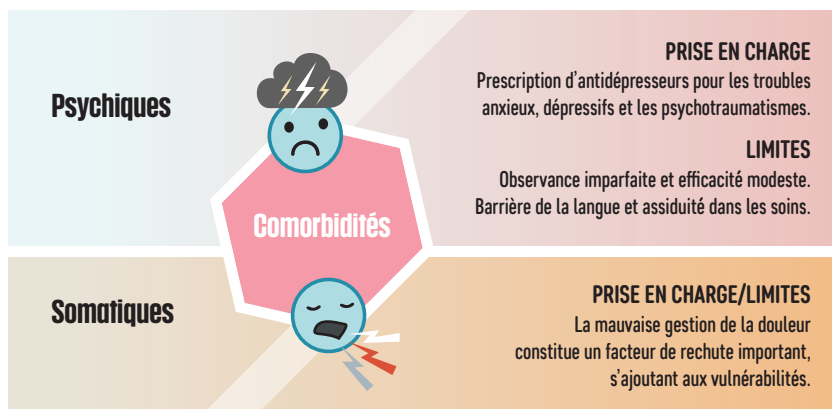
► 2.3.5.2. Protocoles de prise en charge des personnes en parcours d'exil présentés par une intervenante de la PASS de Briançon sur la cellule médicale du « Refuge Solidaire » : page 103

(81) « Le mésusage de la prégabaline, un phénomène émergent ».

(82) Ces stratégies relèvent d'une adaptation des modalités de prescriptions à des publics spécifiques. Toute expérimentation doit pouvoir être évaluée et co-construite avec les autorités sanitaires.

(83) « On parle de mineur non accompagné (MNA) lorsqu'un enfant étranger est présent sur le territoire français sans être accompagné d'un parent titulaire de l'autorité parentale ou d'un représentant légal ».

Il s'agit également de prendre en charge les comorbidités associées à la consommation de prégabaline sinon un sevrage ou une réduction des doses sont difficilement envisageables chez des bénéficiaires de soins qui ne sont pas stabilisés-es du point de vue médical, social et psychologique.



► **FIGURE 39** Prises en charge possibles des comorbidités associées à la consommation de prégabaline et leurs limites

Source : « Le mésusage de la prégabaline, un phénomène émergent » Dorian Rollet, hôpital Fernand Widal, Paris.



Intérêt du lien avec le secteur de la santé mentale, de la formation autour des psychotraumatismes et des approches combinées non médicamenteuses et psychosociales : l'arrêt ou la diminution des consommations de prégabaline réinterroge la fonction du produit.

Une prise en charge globale est nécessaire pour « substituer » la fonction auto-thérapeutique permettant d'améliorer/supporter des conditions de vie extrêmement précaires, des douleurs, gérer les manifestations psychotraumatiques.



2.3.5. | Cas cliniques

2.3.5.1. | Protocole d'urgence de prescription de prégabaline

Les éléments présentés sont des extraits du document « Protocole d'urgence » réalisé par la Plateforme professionnelle addiction Occitanie (2PAO) ⁽⁸⁴⁾.

> ÉLÉMENTS DE CONTEXTE POUR LA PRÉGABALINE

Il n'existe pas de traitement de substitution pour cette molécule. Le syndrome de sevrage est potentiellement à risque de crises comitiales et de *delirium tremens* exposant à un risque vital sans prise en charge adéquate et rapide (identique à l'alcool et aux benzodiazépines).

> CONSEILS AUX PRATICIENS

Ne pas se lancer dans une prise en charge seul·e, de manière isolée ; se rapprocher des structures spécialisées, s'inscrire dans un réseau de soins (MSP, groupes en Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), microstructures, lien établi avec un CSAPA ou l'addictologie hospitalière).

Lors d'un trouble de l'usage, la continuité des soins peut être assurée par :

- **la médecine de ville pour les bénéficiaires de soins stabilisé·es** avec le soutien éventuel des addictologues (les structures spécialisées en addictologie doivent permettre un recours possible des professionnel·es de première ligne aux médecins addictologues pour les conseiller) ;
- **les structures spécialisées en addictologie** : pour les bénéficiaires de soins non stabilisé·es.

Pour assurer la continuité des soins, il est important de :

- **respecter des bonnes pratiques** de prise en charge médicale (évaluation, examen médical) et des règles de prescription ;
- **contrôler de la prise régulière** du traitement (bandelettes urinaires minute : opiacés, buprénorphine, méthadone, benzodiazépines, prégabaline, tramadol) pour limiter les risques de surdose (en cas de rupture prolongée du traitement entraînant une perte de tolérance) ou de revente ;
- poursuivre la prise en charge et la prescription – si indiqué ;
- **limiter, si nécessaire**, la posologie prescrite de manière raisonnée entre 150 mg et 600 mg (en assurant un suivi pour limiter les risques de sevrage). **En cas de posologies plus élevées, possibilité d'établir un protocole de soins à destination de l'Assurance Maladie ;**
- **fractionner** la délivrance.

(84) Pour aller plus loin : comptes rendus du groupe de travail sur la prégabaline, protocoles et documentation sur le site Internet de la Plateforme professionnelle addiction Occitanie (2PAO)

Quelques précisions et commentaires issus de l'échange avec un des médecins à l'origine de ce protocole :

- **concernant la population** : en lien avec les observations du défaut d'accès aux soins des jeunes hommes migrants venant d'Afrique du Nord, voire MNA, il convient aujourd'hui de développer un travail d'« aller vers » pour les structures ayant une connaissance plus fine de ces publics et des territoires où ils sont ;
- **concernant le protocole** :
 - lors de la première rencontre, un test urinaire est effectué ;
 - la prescription est renouvelée telle quelle dans la limite des 600 mg/j. Pour une posologie supérieure, l'accord de l'Assurance Maladie est indispensable ;
 - la délivrance est fractionnée d'abord tous les sept jours puis tous les 28 jours. Un travail de proximité avec les pharmacies est donc absolument nécessaire.

2.3.5.2. | Protocole de prise en charge des personnes en parcours d'exil

Une « **permanence d'accès aux soins de santé (PASS)** » est une unité de soins généralement hospitalière ouverte à toute personne malade en situation de précarité. Elle assure une prise en charge coordonnée (médicale, sociale, infirmière) ainsi que l'accompagnement dans un parcours de santé ⁽⁸⁵⁾.

> CONTEXTE D'INTERVENTION

Le Refuge solidaire est un **lieu d'accueil d'urgence et de répit pour des personnes venant de franchir la frontière franco-italienne**. Le lieu est géré par des associations avec des équipes principalement bénévoles. La capacité d'accueil est de 81 places avec une **durée de séjour par personne de trois jours maximum**. En 2022 et 2023, les capacités d'accueil ont été dépassées à la suite d'un nombre accru d'arrivées, générant des tensions dans le bâtiment faute de solutions alternatives d'hébergement. La PASS de Briançon intervient aux côtés d'autres structures sanitaires et sociales.

> PUBLIC CONCERNÉ PAR LE TÉMOIGNAGE

Jeunes hommes originaires du Maghreb (Maroc essentiellement), majeurs de moins de 30 ans avec des parcours migratoires complexes, en errance en Europe. Pour l'année 2024, les médicaments consommés sont essentiellement de la prégabaline (et dans une moindre mesure du clonazépam).

(85) Définition du ministère de la Santé et de l'Accès aux soins.



> USAGES ET MOTIVATIONS (plusieurs peuvent être concomitants)

- Le début des consommations s'est fait :
 - **dans le pays d'origine où la prégabaline est particulièrement accessible** : lors du service militaire au Maroc, de blessures, de fractures et/ou en réponse à des douleurs chroniques ;
 - **lors du parcours migratoire** : les personnes rencontrées se sont souvent vues délivrer des ordonnances de prégabaline dans d'autres pays européens (Italie, Espagne et plus récemment Slovénie) qui n'ont pas le même encadrement des prescriptions.
- **Les effets recherchés vont de l'anxiolyse** (permettant de faire face à un psycho-traumatisme, des ruminations anxieuses, voire des idées suicidaires ou auto-agressives), **à la psychostimulation** (euphorie et sentiment de toute puissance permettant de favoriser des tentatives de passage de frontière risquées ou de supporter des conditions de vie dégradées).
- Pour certains, la prégabaline peut être une **source de revenus** par la revente du traitement sur le marché illicite.

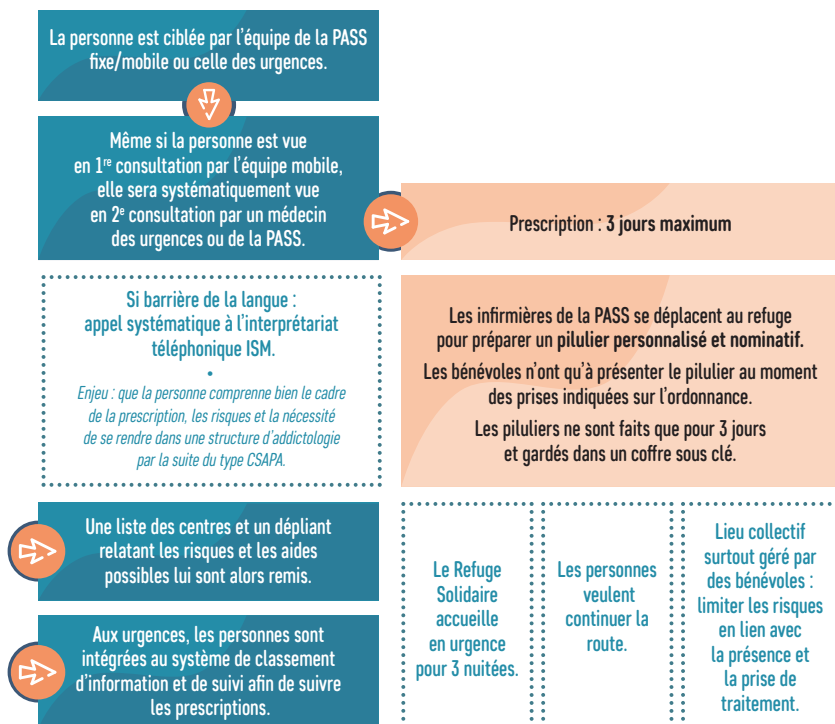
> ACCUEIL ET DEMANDES

Les personnes se présentent à la consultation PASS mobile ou directement aux urgences pour **l'obtention de prégabaline**. Elles utilisent souvent des dosages importants (300 mg 3 fois/j, voire jusqu'à 1 200 ou 2 000 mg/j⁽⁸⁶⁾). Elles sont parfois dans des états d'agitation expliqués par un phénomène de manque et ces situations sont très problématiques dans une structure gérant de l'accueil collectif d'urgence – avec un public précaire varié (femmes seules enceintes, mineur-es non accompagnés, familles) et de nombreux·ses bénévoles.

(86) Pour rappel la dose maximale de l'AMM est de 600 mg/j.

> RÉPONSES APPORTÉES – RAPPORT PASS 2022

Après un rapprochement avec l'équipe d'addictologie du centre hospitalier des Escartons de Briançon pour **se former à ces prises en charge spécifiques**, un protocole d'accueil et de prescription a été établi.



► **FIGURE 40** Prescription de prégabaline aux usager-es en situation de migration et de passage : protocole interne



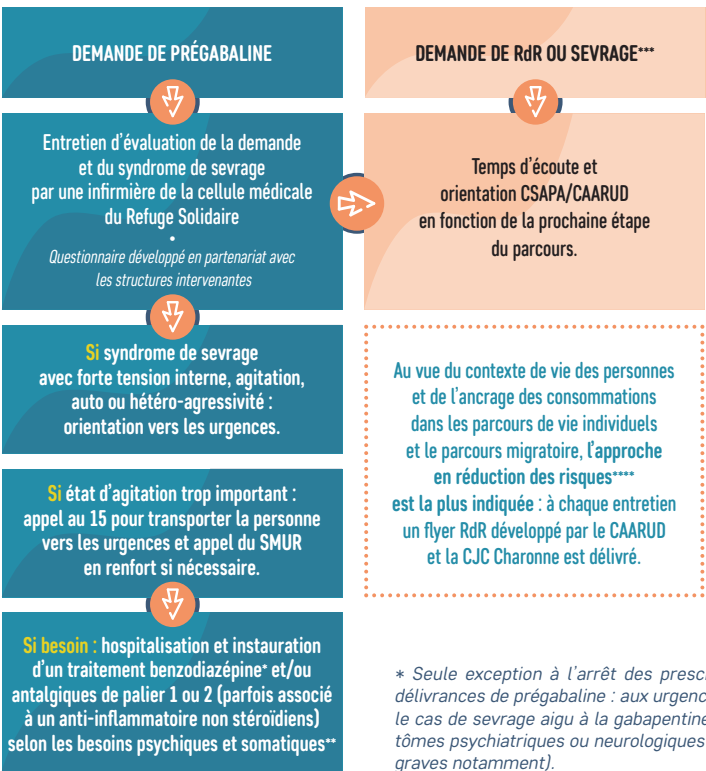
La PASS, le CSAPA de Briançon et l'équipe ELSA du centre hospitalier se sont rencontrés afin de conforter leurs protocoles respectifs et éviter les doubles prescriptions de prégabaline et de clonazépam. Si la personne a cette double addiction à son arrivée, seule la prégabaline lui sera prescrite.

Réalisation d'outils de sensibilisation et orientation :

- une présentation destinée à la sensibilisation du public consommateur ;
- des dépliants et des fiches regroupant les adresses des CSAPA dans les principales villes de France à donner aux personnes concernées désireuses de commencer un sevrage sur leur parcours.

> ÉVOLUTION DES RÉPONSES – RAPPORT PASS 2023 ET 2024

Avec l'augmentation massive des arrivées, il a été impossible de gérer correctement et de manière sécurisée les piluliers matin, midi et soir. Ce système a donc été arrêté.



► **FIGURE 41** Nouveau protocole interne de prise en charge des personnes en demande de prégabaline avec arrêt des prescription de trois jours

.../...

*** Ces réponses ne sont pas toujours bien acceptées car ces molécules ne reproduisent pas l'effet psycho-actif et désinhibant de la prégabaline.*

**** Du fait de l'errance administrative, les personnes se projettent rarement sur un arrêt ou une réduction des consommations de médicaments.*

****** Temps de sensibilisations et d'échanges**

Dans ce contexte, il est également essentiel de prévoir des temps de sensibilisation et d'échanges avec les équipes impliquées dans le lieu d'accueil pour aborder les principes de réduction de risques, en prenant également en compte les spécificités d'un public en situation d'exil. Ces échanges d'expériences et l'expression des difficultés à accompagner permettent de faire évoluer les postures, les représentations et les accompagnements proposés. Ces collaborations avec ces acteurs de santé sont essentielles pour améliorer la compréhension des pratiques et solidifier le réseau entre les acteurs du territoire.

2.3.6. | Vue d'ailleurs

Au Maroc, la prescription de la prégabaline n'est pas encadrée. Les patient-es peuvent se procurer la prégabaline à la pharmacie, sans prescription. L'objectif de ce travail est de rapporter un cas de dépendance à la prégabaline chez un patient avec une douleur neuropathique⁽⁸⁷⁾.

Le patient de 24 ans présente depuis un an et demi une schizophrénie diagnostiquée selon les critères du DSM IV-TR sans aucune prise en charge auparavant. Il est admis au service des urgences psychiatriques, pour la prise en charge d'un comportement fait d'agitation, hétéro-agressivité, insomnie et désorganisation entrant dans le cadre d'une décompensation de sa pathologie psychotique. Il a des antécédents de douleurs neuropathiques depuis un an, à la suite d'une hernie discale. Son médecin traitant lui a prescrit de la prégabaline à la dose de 300 mg/j avec de bons résultats. Le patient a augmenté de lui-même sa consommation jusqu'à arriver à 10 comprimés (équivalent à 3 000 mg) de prégabaline par jour. Il a développé une tolérance avec des symptômes de sevrage lors de chaque tentative de diminution de doses. Il rapporte qu'il avait une euphorie avec une sensation de bonheur lorsqu'il prenait la prégabaline, cependant il souffrait de tremblements, d'angoisse, d'irritabilité, de transpiration, d'insomnie et de douleurs musculaires lorsqu'il ne prenait pas ses comprimés.

À son admission, il a été mis sous 2 mg de rispéridone à J1, 4 mg à J2 et 6 mg à J3, avec une bonne évolution de ses symptômes psychiatriques. Les symptômes de sevrage ont été contrôlés par alprazolam 2 mg par jour à dose dégressive pendant quatre semaines. En parallèle, la prise de gélules de prégabaline était réduite progressivement à une gélule chaque jour, cependant le patient a ressenti un *craving*.

(87) « La dépendance à la prégabaline : à propos d'un cas » Fouad Laboudi, Ghizlaine Slimani et Abderrazak Ouannass – L'information psychiatrique 2019/7 Volume 95, pages 535 à 538.



Une thérapie motivationnelle a débuté et s'est poursuivie après sa sortie de l'hôpital en consultation externe.

Les abus et le potentiel de mauvaise utilisation [de la prégabaline] sont des problèmes qui doivent être pris en compte, en particulier dans les sujets à haut risque de développer un trouble de l'usage de cette substance. On a observé que la prégabaline est communément vendue sur des sites web illégaux, sans ordonnance et à prix réduit. Les doses rapportées étaient significativement plus élevées que celles recommandées dans la pratique clinique avec des modalités d'administration différentes du médicament (en intra-rectal, par inhalation ou injectable) sont décrites.

Points clés



À RETENIR

- Les données épidémiologiques portent principalement sur des **usages hors cadre thérapeutique par des populations migrantes extrêmement fragilisées** (conditions de vie difficiles, parcours traumatiques) et éloignées du système de soin.
- Les personnes, pour une partie d'entre elles, étaient déjà consommatrices dans leur pays d'origine. Elle l'utilise pour **augmenter l'effet des opioïdes**, pour son effet euphorisant, pour **calmer les douleurs physiques et psychiques** ou pour se donner du courage.
- La prégabaline, lors de sa consommation ou à son arrêt, est associée à des idées, voire des passages à l'acte suicidaire.
- Les usages de prégabaline sont très présents et identifiés **en milieu fermé/carcéral**.
- Le **risque de dépression respiratoire** est majoré en cas de consommation conjointe ou rapprochée avec un autre dépresseur du système nerveux central (benzodiazépine, opioïdes, alcool, etc.).
- La prescription doit être adaptée en cas d'insuffisance rénale et évitée en cas de grossesse.
- **L'arrêt brutal est fortement déconseillé : le syndrome de sevrage génère des troubles de la conscience ou des crises épileptiques qui peuvent entraîner le décès.**



Points clés

À FAIRE



- **Questionner les autres consommations, les motivations à l'usage et les modes d'approvisionnement.** Poser des questions (sans interrogatoire), éviter les jugements de valeur et les non-dits.
- **Travailler en réseau** médico-pharmaco-socio-psychologique :
 - avoir recours à la pair-aidance, aux associations travaillant dans l'accompagnement des publics migrants, mineur-es non accompagnée-es, travailleur-ses du sexe ;
 - se rapprocher de CSAPA, services hospitaliers, psychothérapeutes, pharmacies de ville pour un co-suivi ou une prise en charge spécialisée.
- Se former, se rapprocher d'intervenant-es spécialisé-es dans l'accompagnement des **psychotraumatismes et de la gestion du risque suicidaire.**



► 5. Prises en charge des urgences vitales, partenaires et sites web ressources



3 |



RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- > Recommandations aux bénéficiaires de soins
- > Symptômes et conduites à tenir en cas de surdose

3.1. | Recommandations aux bénéficiaires de soins

Plusieurs recommandations peuvent s'appliquer aux différents médicaments psychotropes présentés dans ce guide – qu'il s'agisse de conduites à tenir à l'égard du traitement par le·a prescripteur·rice ou le·a bénéficiaire de soins (préalablement informé·e par son·a médecin, son·a pharmacien·e).



VIGILANCE : un refus de prescription sans examen du niveau de dépendance peut déclencher un sevrage engageant, dans certain cas, le pronostic vital.

CONCERNANT LES BENZODIAZÉPINES :

- favoriser la monothérapie (prescription ciblée),
- vérifier les interactions,
- éviter la prolongation des traitements symptomatiques,
- ne pas prescrire « si besoin ».



Recommandations communes aux prescriptions/suivis de patient·es en lien avec les opioïdes, benzodiazépines et prégabaline



Recommandations spécifiques aux opioïdes



Informar les bénéficiaires de soins, leur entourage, leurs soignant-es sur les risques (et les manières de les réduire) d'un traitement à base de médicament(s) psychotrope(s)



► **FIGURE 42** Recommandations de bonnes pratiques opioïdes, benzodiazépines et prégabaline
Source : multiples, majoritairement issues de la HAS et l'ANSM.

3.2. | Symptômes et conduites à tenir en cas de surdose



► Pour aller plus loin : guide RESPADD « Prise en charge des urgences en contexte addictologique ».

	Symptômes	Prise en charge urgence vitale Appel au 15 ou 112 et en attendant les secours
Dépression du système nerveux central	Les patient-es respirent très anormalement, avec une fréquence respiratoire en dessous de 10 cycles/min.	Position latérale de sécurité Si hypothermie : couvrir la personne (avec couverture de survie si disponible) Si inconscience partielle : parler à la personne, lui poser des questions ; le but étant de la maintenir un maximum en état d'éveil même partiel En + pour OPIOÏDES dont TRAMADOL : administration de naloxone si fréquence respiratoire inférieure à 8 cycles/min associée à un trouble de la vigilance (niveau - 4 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond) (pour les benzodiazépines : le flumazénil ne pourra être administré que par les services d'urgences)
Arrêt cardio-respiratoire	La personne ne respire plus ou très anormalement, ne bouge pas, ne tousse pas.	MASSAGE CARDIAQUE Augmente les chances de survie. Les éventuelles complications liées à la réanimation restent minimales.

Myoclonie : mouvements involontaires, soudains, brusques ; contractions rapides et brutales d'un muscle ou d'un groupe de muscles.

Trémors : tremblements.

Hyperflexie : augmentation anormale des réflexes.

Mydriase : augmentation du diamètre de la pupille (inverse : myosis en cas de consommation d'opiacés/opioides).

Akathisie : impossibilité à rester immobile, à l'origine d'un besoin irrépressible de bouger.



► 5.1.1. Classement des produits et interactions : page 122

► 5.1.4. Prise en charge en contexte d'urgence vitale : page 135

► 5.1.4.4. Guide d'utilisation de la naloxone : page 138



	Symptômes	Prise en charge urgence vitale Appel au 15 ou 112 et en attendant les secours
Syndrome séroto- ninergique / Risque associé au tramadol en particulier	Au moins 4 des symptômes majeurs OU 3 majeurs et 2 mineurs suite à une prise d'agents sérotoninergiques.	
	Majeurs	
	Mineurs	
	PSYCHIQUES	
	Altération état de conscience Élévation de l'humeur État semicomateux/ comateux	Nervosité Insomnie
	NEUROLOGIQUES	
	Myoclonie* Trémors* Frissons Rigidité Hyperflexie*	Trouble de la coordination Mydriase* Akathisie*
	VÉGÉTATIFS	
	Fièvre Sudation	Tachycardie Tachypnée/Dyspnée Diarrhées Hyper/Hypotension
	Si les critères psychiques ne font pas intégralement l'objet du trouble psychiatrique sous jacent avant l'introduction de l'agent sérotoninergique.	
Crise convulsive possible en cas de sevrage	Les autres étiologies ont été exclues.	
	Pas de neuroleptique introduit ou posologie augmentée.	
	Symptômes possibles mais pas toujours tous présents :	
	Secousses musculaires incontrôlées et localisées à un bras ou la moitié du corps par exemple	
	Fourmillements , picotements ou sensations anormales au niveau d'une main par exemple	
	Déviation de la tête et des yeux ou gesticulations anormales et répétées	
	Hallucinations visuelles, auditives, gustatives ou olfactives	
	Troubles du langage	
	Signes émotionnels (peur, rire, extase)	
	Douleurs ou signes végétatifs (salivation, apnée respiratoire, accélération du rythme cardiaque)	
		Gérer l'hyperthermie en refroidissant la personne : Dégrafer les vêtements trop serrés, lui ôter les vêtements chauds (pull, bonnet, gants) et chaussures Protéger de la chaleur (l'éloigner de la source de chaleur, du soleil) Appliquer des linges humides et légèrement frais, brumisateur Rassurer la personne, éviter qu'elle panique et ne fasse d'efforts Sécuriser l'environnement direct pour éviter que la personne se blesse en cas de myoclonie, trémors, hyperflexie
		Ne pas essayer d'immobiliser la personne Écarter tout objet dangereux Placer quelque chose de mou sous la tête et le cou de la personne

► **FIGURE 43** Symptômes et conduites à tenir en cas de surdose

Source : synthèse de données : Revue Médicale Suisse [syndrome sérotoninergique], HAS [dépression du système nerveux central] et de l'Assurance Maladie [crise épileptique].





4 | RÉDUCTION DES RISQUES : CE QU'IL FAUT RETENIR

RÉDUCTION DES RISQUES :

● LE LIEN DE CONFIANCE

Au-delà des recommandations, des cadres de prescription, du niveau de connaissance du/de la professionnel-le sur les produits – bien qu'essentielles pour repérer les usages, les effets, dialoguer avec les bénéficiaires de soins – **l'instauration d'un lien de confiance est primordial**. Les bénéficiaires de soins et usager-es doivent pouvoir s'exprimer, confier leurs (mes)usages, poser des questions sans méfiance, ne pas avoir honte de leur identité ou de leur parcours.

● LA POSTURE D'ENTRETIEN

- ... Éviter le questionnaire/interrogatoire comme seul type d'échange.
- ... Échanger avec la personne sur ses **pratiques et modes de consommation**, sur ses **motivations à l'usage** (produits licites et illicites associés aux médicaments psychotropes pris dans ou hors cadre thérapeutique).
- ... Considérer l'**approche basée sur la personne** : penser à la triangulation « *drug, set and setting* ».
- ... **S'adapter, se renseigner sur les mots utilisés** par les personnes pour qualifier les produits et être attentif-ve aux manières de nommer les troubles de l'usage.

● LA VALORISATION DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS

- ... Les savoirs expérientiels sont importants pour comprendre les vécus, s'informer sur les pratiques et usages de manière très concrète et développer une **approche pragmatique**.
- ... **Chercher avec la personne, dans l'échange, des manières de réduire les risques** – qu'il y ait possibilité/volonté ou non pour la personne de s'abstenir du/des produits qu'elle utilise. **Valoriser ses connaissances, ses compétences, l'expertise concernant son propre vécu et ses possibilités**.

● DANS LE CADRE DES PRESCRIPTIONS

- ... **Évaluer les troubles de l'usage** en utilisant les indicateurs du DSM-5. Avant prescription, à chaque renouvellement, utiliser les échelles :
 - **Pour les opioïdes** : POMI – *Prescription Opioid Misuse Index*, ORT – *Opioid Risk Tool* ; Les échelles COWS (*Clinical Opiate Withdrawal Scale*) et SOWS (*Subjective Opiate Withdrawal Scale*) permettent d'évaluer le niveau de sevrage des opioïdes par le-a praticien-ne et le-a bénéficiaire de soins/usager-e.
 - **Pour les benzodiazépines** : ECAB – Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines chez le sujet âgé.
- ... **Informé le-a bénéficiaire de soins sur le potentiel addictif** des opioïdes, benzodiazépines et prégabaline.
- ... Commencer la prescription avec des **posologies basses et anticiper l'arrêt** en discutant avec le-a bénéficiaire de soins du cadre des recommandations en matière de durée limitée.

● LE MOINS, C'EST LE MIEUX

- ... Concernant tous les usages concomitants, informer sur la nécessité de commencer par la dose la plus faible et d'attendre les effets. Permettre le développement de l'**autonomie de la personne** en fournissant les **ressources disponibles pour s'informer** sur les produits, leurs effets, leurs risques et les manières de les réduire et de gérer la descente (accès à l'information et à des intervenant-es en ligne possible).
- ... Se renseigner et informer sur les **interactions** qu'elles soient médicamenteuses ou en lien avec des produits psychoactifs licites ou illicites pris quotidiennement ou dans un contexte récréatif.

CE QU'IL FAUT RETENIR



- ... Tenir compte du **seuil de tolérance à chaque produit et de l'état général** de l'utilisateur dans l'évaluation du niveau de risques.

● LA PERSONNE DANS SA GLOBALITÉ

- ... L'accompagnement doit reposer sur une dimension globale de la personne et **favoriser la gestion** des manifestations anxieuses, insomnies, douleurs, à l'origine des usages de certains médicaments psychotropes dans le cadre ou hors circuit thérapeutique.
- ... Intégrer **les approches non médicamenteuses, psychologiques et sociales** dans les parcours de soin.

● TRAVAILLER EN RÉSEAU

- ... Favoriser **un accompagnement global et limiter les risques de rupture dans les parcours de soin**. Faire le lien avec/entre les structures spécialisées dans l'accompagnement de personnes usagères de drogues, en santé mentale, les professionnel·les en libéral pour travailler la gestion et/ou l'arrêt des consommations. Permettre si besoin un fractionnement des doses. Favoriser l'accès à du matériel de réduction des risques.
- ... Solliciter, lorsque cela est possible, des **médiateur·rices en santé pair·es et/ou associations communautaires**.
- ... Si le travail en réseau s'avère compliqué sur le territoire : utiliser les ressources disponibles en ligne.

● LA SANTÉ MENTALE

- ... Échanger sur les questions de santé mentale notamment au regard des bénéfices auto-thérapeutiques éprouvés par la personne.
- ... Si besoin, **adapter le traitement, orienter vers des professionnel·les et structures spécialisées**.
- ... Rester vigilant·e au risque de passage à l'acte suicidaire en lien avec la consommation ou l'arrêt de la préga-baline.

● L'ANALYSE DE PRODUITS

- ... En cas de doutes sur un produit (effets inhabituels, provenance), se rapprocher de **dispositifs d'analyse de produits psychoactifs** et/ou **de veille sanitaire** (SINTES - Système d'identification national des toxiques et des substances – de l'OFDT et des CEIP-A – Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – Addictovigilance).

● EN CAS DE BAD TRIP OU SURDOSE

- ... **Rassurer**, appliquer les **gestes de premiers secours** en lien avec le type de manifestations (dépression respiratoire, crises convulsives, syndrome sérotoninergique) avec :
 - par tout un chacun, administration de **naloxone** en cas de consommations d'opiacés/opioides ;
 - en contexte hospitalier, administration de **fluménazil** en cas de surdose de benzodiazépines.

Appeler le 15 ou le 112

NE PAS RESTER SEUL

► ESPACE RESSOURCES





5 | ESPACE RESSOURCES

- > Boîte à outils
- > Dispositifs de prises en charge spécialisées
- > Ressources web : information et orientation
- > Numéros d'urgence

5.1. | Boîte à outils

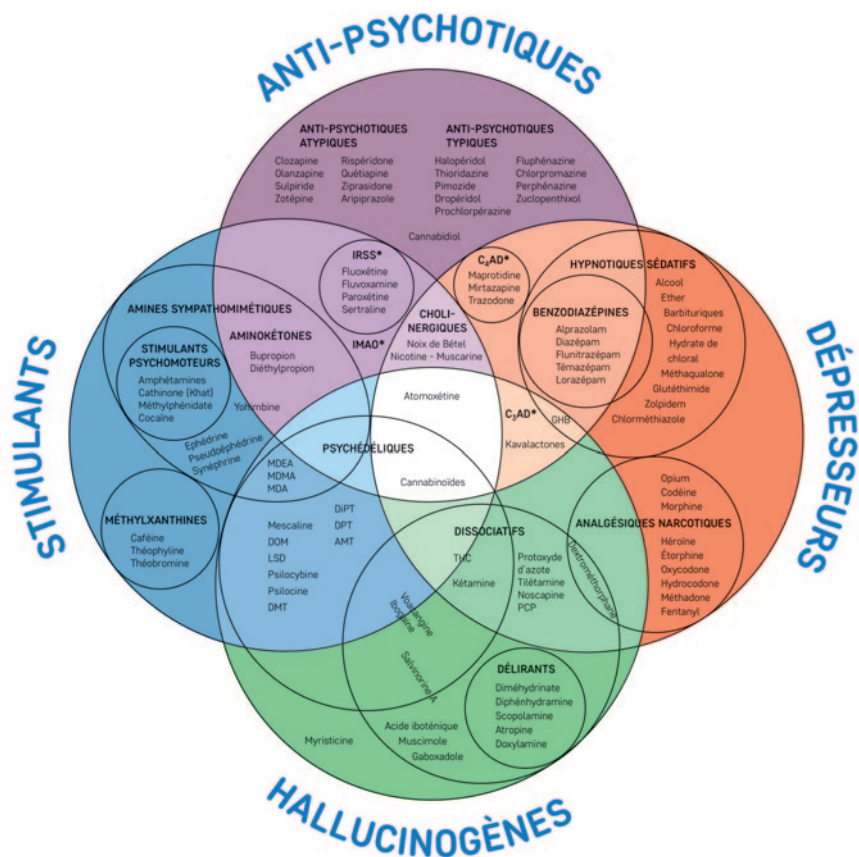
5.1.1. | Classement des produits et interactions

**LES DIFFÉRENTES CLASSIFICATIONS
DES PRODUITS PSYCHOACTIFS PEUVENT PERMETTRE
D'ABORDER LA QUESTION DES INTERACTIONS
AVEC LE-A BÉNÉFICIAIRE DE SOINS/USAGER-E.**

Le diagramme de Venn permet par exemple
de visualiser les produits de même famille
(dont les effets/risques ont tendance à se cumuler),
ou de familles « opposées » dont les effets
ont tendance à se masquer.

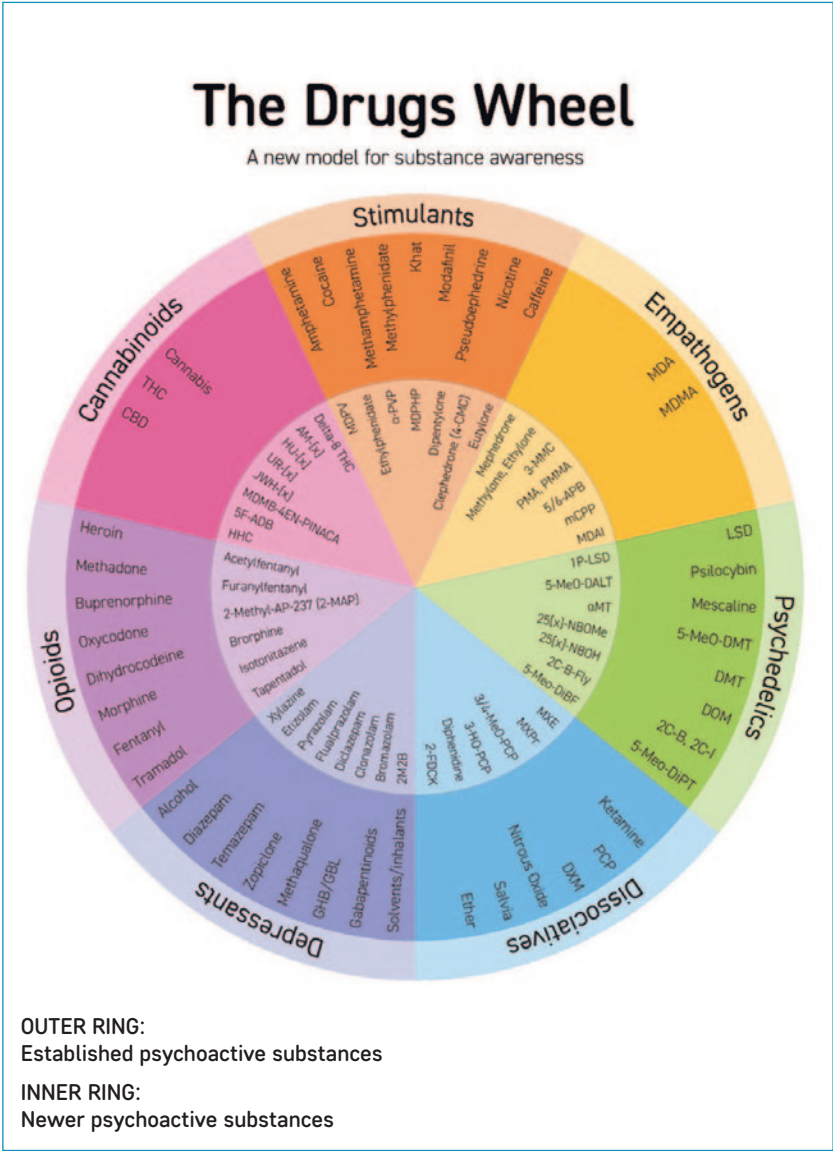


5.1.1.1. | Diagramme de Venn des drogues



- * IRSS : INHIBITEURS DE LA RECAPTURE SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE
- IMAO : INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE
- C₄AD : C4-ANTIDÉPESSEURS
- C₃AD : C3-ANTIDÉPESSEURS

5.1.1.2. | *The Drugs Wheel* : nouveaux produits de synthèse



www.thedrugswheel.com

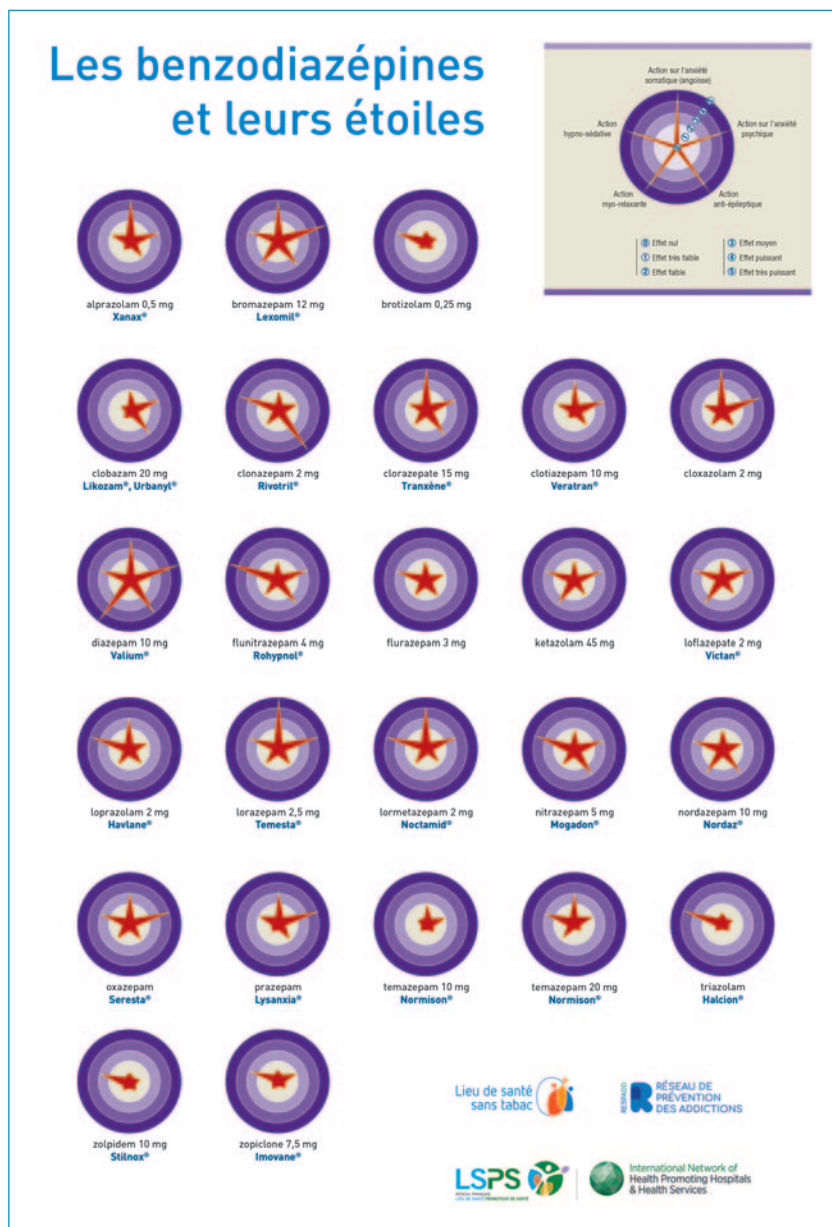


5.1.1.3. | Tableau de conversion des opioïdes

(indicatif dans le cadre de l'équianalgésie, pas dans un contexte de mésusage/addiction)

Dénomination commune	Facteur de conversion	Équivalence de la dose de morphine orale
Poudre d'opium	1/10	25 mg de poudre d'opium = 2,5 mg de morphine
Codéine	1/6	60 mg de codéine = 10 mg de morphine
Tramadol oral	1/5	50 mg de tramadol = 10 mg de morphine
Dihydrocodéine	1/3	60 mg de dihydrocodéine = 20 mg de morphine
Morphine orale	1	Opioïde de référence
Morphine sous-cutanée	2	5 mg de morphine SC = 10 mg de morphine orale
Morphine intraveineuse	3	3,33 mg de morphine IV = 10 mg de morphine orale
Nalbuphine sous cutanée	2	5 mg de nalbuphine SC = 10 mg de morphine orale
Oxycodone orale	1,5 à 2	5 mg d'oxycodone orale = 7,5 à 10 mg de morphine orale 10 mg de morphine orale = 5 mg d'oxycodone orale
Oxycodone sous cutanée et intraveineuse	1,5 à 2	1 mg d'oxycodone SC ou IV = 2 mg de morphine orale
Hydromorphone	7,5	4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine orale
Fentanyl transdermique	100 (d'après Donner)	25 µg/h de fentanyl transdermique = 600 µg/j = 60 mg de morphine orale/j

5.1.1.4. | Les benzodiazépines et leurs étoiles





5.1.2. | Échelles d'évaluation des mésusages et d'attachement au médicament

5.1.2.1. | ORT – Évaluation du risque de mésusage avant prescription d'un antalgique opioïde

	FEMME	HOMME
Antécédent familial d'abus d'une substance		
Alcool	1	3
Substances psychoactives illicites	2	3
Médicaments prescrits	4	4
Antécédent personnel d'abus d'une substance		
Alcool	3	3
Substances psychoactives illicites	4	4
Médicaments prescrits	5	5
Âge (sujet de 16 à 45 ans)	1	1
Antécédent de violences sexuelles dans l'enfance	3	0
Trouble psychologique		
TDAH*, TOC**, trouble bipolaire, schizophrénie	2	2
Dépression	1	1
SCORE TOTAL	...	...

Catégorie de risque de mésusage en fonction du score total :

→ 0-3 : risque faible → 4-7 : risque modéré → ≥ à 8 : risque élevé

* TDAH : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

** TOC : trouble obsessionnel compulsif

5.1.2.2. | POMI – Repérage d’un mauvais usage d’antalgique opioïde

	OUI	NON
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament-s antidouleur 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 antidouleur PLUS SOUVENT que prescrit(s) sur l'ordonnance, c'est-à-dire en réduisant le délai entre deux prises ?		
Avez-vous déjà eu besoin de RENOUELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament-s antidouleur PLUS TÔT QUE PRÉVU ?		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que VOUS PRENIEZ TROP de ce/ces médicament-s antidouleur ?		
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER ou RESENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament-s antidouleur ?		

À partir de 2 réponses « OUI », il est nécessaire d’explorer un mauvais usage potentiel.



5.1.2.3. | COWS (Clinical Opiate Withdrawal Scale) et SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale) – Échelles clinique et subjective de sevrage aux opiacés ⁽⁸⁸⁾

À PRATIQUER PAR UN·E INTERVENANT·E

Échelle de symptômes de sevrage des opioïdes (Clinical Opiate Withdrawal Scale-cows)

Pour chaque point, encrer le numéro qui décrit le mieux les signes et symptômes du patient. Il est important d'évaluer en tenant compte du sevrage opiacé. Par exemple, si le patient vient de monter deux étages à la course et que le pouls est élevé, on ne pourrait prendre le pouls en considération lors de l'évaluation.

1	Fréquence cardiaque au repos /min	7	Inconfort gastro-intestinal : depuis les 30 dernières minutes
<i>Mesurer après plus d'une minute assis ou couché</i>			
0	pouls 80 ou moins	0	absent
1	pouls 81-100	1	crampes abdominales
2	pouls 101-120	2	nausée ou selles molles
4	pouls 121 ou plus	3	vomissements ou diarrhée
		5	plusieurs épisodes de vomissements ou diarrhée
2	Sudation : évaluer depuis les 30 dernières minutes	8	Tremblements : observer avec les bras étendus, doigts écartés
0	aucun frisson ou rougeur (« flushing »)	0	absent
1	se plaint de frissons ou rougeurs	1	tremblements non visibles mais ressentis lors d'une pression sur le bout des doigts
2	rougeur ou sudation évidente au visage	2	tremblements légers
3	diaphorèse qui perle sur le front	4	tremblements sévères ou spasmes musculaires
4	sueurs qui coulent du visage		
3	Agitation : observer durant l'évaluation	9	Bâillements : observer durant l'évaluation
0	capable de rester en place	0	absent
1	activité normale quelque peu augmentée	1	1-2 bâillements durant l'évaluation
3	un peu de difficulté à rester en place, agité, impatient	2	plus de 3 bâillements durant l'évaluation 4 plusieurs bâillements/minute
5	se balance d'avant en arrière durant l'entrevue ou fait sautiller ses jambes constamment		
4	Pupilles	10	Angoisse ou irritabilité
0	grosseur normale à la lumière de la salle	0	absent
1	possiblement plus grandes que la normale	1	se plaint d'angoisse ou d'irritabilité
2	dilatation modérée	2	angoisse ou irritabilité objectivable
5	dilatation sévère (l'iris n'est presque plus visible)	4	patient si angoissé ou irritable que sa participation à l'évaluation est difficile
5	Douleur osseuse, arthralgie en tenant compte des douleurs liées au sevrage	11	Chair de poule
0	absent	0	peau lisse
1	inconfort diffus	3	piloérection est ressentie, on voit les poils des bras redressés
2	se plaint de douleur diffuse sévère des muscles/articulations	5	piloérection proéminent
4	patient se frotte les articulations/muscles et est incapable de rester tranquille à cause de la douleur		
6	Rhinorrhée ou larmolement : non causé par le rhume ou les allergies	TOTAL : (= somme des 11 points)	
0	absent	ÉCHELLE → 5-12 = Faible → 13-24 = Modéré → 25-36 = Modérément sévère → >36 = Sevrage sévère	
1	congestion nasale, yeux humides		
2	rhinorrhée ou larmolement		
4	rhinorrhée constante ou larmes qui coulent sur les joues		

(88) American Society of Addictions Medicine (ASAM)

AUTOÉVALUATION PAR LE·A PATIENT·E/USAGER·E

Le SOWS est une échelle auto-administrée permettant d'évaluer les symptômes de sevrage aux opioïdes. Il contient 16 symptômes dont le patient évalue l'intensité sur une échelle de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) et prend moins de 10 minutes à compléter.

Instructions aux patients : veuillez noter chacun des 16 éléments ci-dessous en fonction de ce que vous ressentez en ce moment. Entourez un seul chiffre.

SYMPTÔMES		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	Je me sens anxieux·se.	0	1	2	3	4
2	J'ai envie de bâiller.	0	1	2	3	4
3	Je transpire.	0	1	2	3	4
4	J'ai les larmes aux yeux.	0	1	2	3	4
5	Mon nez coule.	0	1	2	3	4
6	J'ai la chair de poule.	0	1	2	3	4
7	Je tremble.	0	1	2	3	4
8	J'ai des bouffées de chaleur.	0	1	2	3	4
9	J'ai des sueurs froides.	0	1	2	3	4
10	Mes os et mes muscles me font mal.	0	1	2	3	4
11	Je me sens agité·e.	0	1	2	3	4
12	Je me sens nauséux·se.	0	1	2	3	4
13	J'ai envie de vomir.	0	1	2	3	4
14	Mes muscles se contractent.	0	1	2	3	4
15	J'ai des crampes d'estomac.	0	1	2	3	4
16	J'ai envie de consommer maintenant.	0	1	2	3	4
	TOTAL					

→ Sevrage léger = score de 1 à 10 → Sevrage modéré = 11 à 20 → Sevrage sévère = 21 à 30



5.1.2.4. | ECAB – Évaluation de l'attachement aux benzodiazépines chez le sujet âgé

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants et/ou somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de **répondre à toutes les propositions** avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :		VRAI	FAUX
1	Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.		
2	Ce médicament est pour moi comme une drogue.		
3	Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament.		
4	J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.		
5	J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.		
6	J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.		
7	Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.		
8	Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.		
9	Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.		
10	Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.		

Attribuer 1 point à chaque « vrai » – sauf question 10 = 1 point en cas de « faux ».

→ Un score ≥ 6 évoque une dépendance

5.1.3. | Approches non médicamenteuses

Alternatives ou complémentaires à la prescription de médicament-s, elles peuvent accompagner un processus de gestion ou d'arrêt des consommations de produits et, plus largement, apporter un soutien psychologique à la personne.

En effet, plutôt que de recourir systématiquement aux médicaments, les troubles du sommeil et l'anxiété peuvent être traités et allégés par des stratégies non médicamenteuses. L'apprentissage **de méthodes de relaxation et de gestion du stress ainsi que la psychothérapie** peuvent remplacer efficacement la consommation de benzodiazépines.

Limites : les bénéfices prennent du temps à arriver et nécessitent une rigueur dans la pratique (parfois incompatible avec les conditions de vie).

Ressource : réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil (reseau-morphee.fr).

Le traitement des conduites addictives repose en partie sur des médicaments qui restent d'efficacité limitée et ne constituent qu'une part des soins. Une partie du traitement repose sur **un accompagnement psycho-social adapté à chaque bénéficiaires de soins**. Cet accompagnement, plus ou moins intensif selon les besoins, fait intervenir des méthodes nombreuses et variées.



► Pour aller plus loin : guide Fédération Française d'Addictologie
« Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées
en addictologie », mai 2022.



PRO

>>> RENCONTRE AVEC L'ÉQUIPE DE L'HÔPITAL MARMOTTAN – PARIS

L'Hôpital Marmottan est constitué d'un CSAPA, d'un service de médecine générale, d'une unité d'hospitalisation et d'un centre de ressources documentaires.

L'unité d'hospitalisation (12 places, durée moyenne de séjour : 10 jours) permet une mise à distance des produits et des habitudes de consommations pour **tous types d'addictions**. Pendant le séjour, associées à l'accompagnement médico-psychologique, sont proposées des séances de médiation psychocorporelle individuelles : respiration, sophrologie, shiatsu, ostéopathie ainsi que l'accès à un sauna et une salle de sport. En sortie d'hospitalisation, les personnes peuvent continuer les séances de médiation psychocorporelle en ambulatoire.

Les approches psychocorporelles sont motivées notamment par le besoin de travailler les impacts des psychotraumatismes sur le corps, sur la gestion des émotions et *in fine* sur les pratiques addictives. Une psychologue rapporte les termes d'une personne accueillie pour illustrer l'idée selon laquelle les psychotraumatismes amènent une dissociation du corps : « Mon corps c'est une montagne et quand je regarde dedans c'est un gouffre ».

Les psychotraumatismes peuvent faire l'objet d'un accompagnement par les psychologues de l'hôpital formées seulement avec l'accord de la personne et si elle est suffisamment stabilisée (contexte de vie, traitements, consommations) pour aller explorer ses traumatismes en évitant les risques de décompensation. Par exemple, concernant certain-es patient-es présentant une addiction à la prégabaline, en demande quasi-exclusive de prescription et extrêmement fragilisés par des conditions de vie difficiles, il est rarement envisageable de proposer une psychothérapie de ce type.

Au sein du CSAPA des ateliers sont régulièrement proposés :

- musique (bi-hebdomadaire),
- écriture (hebdomadaire),
- visites culturelles (mensuelles),

ainsi que des groupes de paroles :

- hebdomadaires pour les personnes en post-hospitalisation,
- bimensuels pour les joueur-ses d'argent et de hasard,
- mensuel pour les jeunes consommateur-ices.

Au sein des différents services, accompagnements individuels médico-socio-psychologiques et espaces-temps collectifs, accès à la parole et approches corporelles, sont donc pensés en complémentarité par une équipe interdisciplinaire : accueillant-es, IDE, médecins, éducateur-ices, aides-soignant-es... et musicien.

.../...

PRO

Participation à un atelier musique dans le cadre de la réalisation de ce guide

À noter que l'animateur est musicien de formation et non soignant.

Qui souhaite se présente quand il/elle veut à l'atelier : le créneau horaire est connu mais les participant-es n'ont pas d'obligation de présence du début à la fin, d'un atelier à l'autre. Certain-es jouent d'un instrument, d'autres chantent, parfois les deux.

Ce qui est important, c'est l'écoute. Une personne lance un rythme, propose une mélodie et les autres « suivent », s'harmonisent peu à peu. L'animateur de l'atelier s'assure de la bonne écoute collective et donne quelques conseils de temps à autres sur des aspects techniques ; les musicien-es entre elles/eux s'échangent également des conseils. J'ai rapidement été intégrée au groupe et chacun-es des participant-es m'a dit de me sentir à l'aise, peu importe que je sache jouer ou chanter, l'important étant de passer un bon moment, de « tenter des choses », d'être dans la bienveillance et de chercher à avoir confiance en soi.

Une des participantes à l'atelier musique dit « c'est la socialisation aussi que je viens chercher. J'ai pris des cours de chant mais là c'est en groupe. Au début j'ai eu du mal à me motiver car c'est pas obligatoire puis je suis venue et j'ai bien aimé ».

Plusieurs des participant-es jouaient de la musique ou chantaient avant que leur-s addiction-s ne prennent trop de place. L'atelier leur permet alors de « raccrocher » à une activité qui les stimulait et qui les stimule de nouveau et de créer des liens sociaux au moins dans l'espace-temps de l'atelier.



5.1.4. | Prise en charge en contexte d'urgence vitale

5.1.4.1. | Échelle de vigilance-agitation de Richmond

Niveaux	DESCRIPTION	DÉFINITION
+4	Combatif	Combatif, violent : présente un danger pour les intervenants
+3	Très agité	Tire, enlève les tubes ou cathéters, agressif
+2	Agité	Mouvements non adaptés fréquents, enlève le respirateur
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif mais mouvements orientés, peu vigoureux, non agressifs
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas totalement éveillé mais maintient son éveil à la voix avec contact visuel (ouverture des yeux et contact < 10 secondes)
-2	Diminution légère de la vigilance	S'éveille brièvement à la voix avec contact visuel (ouverture des yeux et contact < 10 secondes)
-3	Diminution modérée de la vigilance	Mouvement et ouverture des yeux à la voix mais sans contact visuel
-4	Diminution profonde de la vigilance	Pas de réponse à la voix mais mouvement et ouverture des yeux à la stimulation physique
-5	Non réveillable	Aucune réponse à la voix et à la stimulation physique

5.1.4.2. | Massage cardiaque

APPELEZ OU FAITES APPELER le plus vite possible le 15 ou le 112 et, si possible, ne restez pas seul-e.



- Réclamez un **défibrillateur automatisé externe** (DAE) ou munissez-vous du DAE s'il est immédiatement disponible.
- **Allongez la victime** sur le dos sur un plan dur (pas sur un lit).

- Commencez une **réanimation cardiopulmonaire** le plus rapidement possible. Si besoin se faire aider à l'aide de **conseils téléphoniques donnés par le 15** :

1. **Agenouillez-vous** à ses côtés ;
2. **Placez vos mains**, l'une sur l'autre, au milieu de la poitrine de la victime ;



3. **Bras tendus, appuyez fortement avec le talon de la main**, en y mettant le poids de votre corps, en enfonçant le thorax d'au moins 5 cm et au maximum de 6 cm, à une fréquence comprise **entre 100 et 120 compressions par minute** ;

4. Entre chaque compression, relâchez complètement la pression sur la poitrine ;
5. Réduisez au maximum les interruptions entre les compressions thoraciques.

Si vous êtes formé-e : faites 30 compressions suivies de 2 insufflations (bouche-à-bouche) : une seconde par ventilation en vérifiant que le thorax se soulève.

- **Poursuivez la réanimation jusqu'à** :
 - > la mise en œuvre d'un défibrillateur automatisé externe. Suivre ses instructions une fois qu'il est en place ;
 - > le relais par les services de secours ;
 - > la reprise de la respiration et de l'activité cardiaque.



5.1.4.3. | Position latérale de sécurité



1

Disposez le bras de la victime le plus proche de vous à angle droit de son corps. Pliez ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut. Placez-vous à genoux ou en trépidé à côté de la victime.



2

Saisissez l'autre bras de la victime d'une main, placez le dos de sa main contre son oreille, de votre côté. Maintenez la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume.



3

Attrapez la jambe la plus éloignée de vous avec l'autre main, juste derrière le genou, et relevez-la tout en gardant le pied au sol. Placez-vous assez loin de la victime, au niveau de son thorax, pour pouvoir la tourner sur le côté vers vous, sans avoir à reculer.



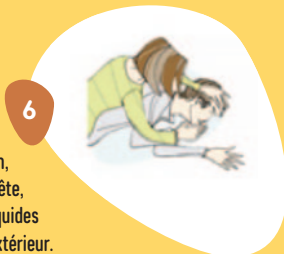
4

Faites rouler la victime en tirant sur sa jambe jusqu'à ce que le genou touche le sol. Dégagez doucement votre main de sous la tête de la victime en maintenant son coude de votre autre main afin de ne pas entraîner sa main et d'éviter toute mobilisation de sa tête.



5

Ajustez la jambe située au-dessus de sorte que la hanche et le genou soient à angle droit.



6

Ouvrez la bouche de la victime d'une main, avec le pouce et l'index, sans mobiliser la tête, afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

5.1.4.4. | Guide d'utilisation de la naloxone

La naloxone existe sous 2 formes : intranasale (Nyxioïde® et Ventizolve®) et injectable en intramusculaire (Prenoxad®).



► Pour aller plus loin : www.naloxone.fr



Quelle que soit la forme (intranasale ou intramusculaire) :
appel des secours PUIS administration de la naloxone

Fiche MEMO

Spécialité : Prenoxad®

Prenoxad® contient de la naloxone, un antidote aux opioïdes. Il n'est pas efficace pour les surdoses occasionnelles par tout autre produit psychotrope non opioïde.

Même si vous n'êtes pas certain que la personne fait une overdose, vous pouvez utiliser Prenoxad®, il n'a pas d'effet nocif sur sa santé. Pensez que son utilisation peut sauver la vie !

ADMINISTRER LA NALOXONE PAR VOIE INJECTABLE (INJECTION INTRAMUSCULAIRE)

Comment administrer Prenoxad®

- 1 Avant d'administrer Prenoxad®**
 - Protégez
 - Appelez les secours 15 ou 112
 - Allongez la personne sur le dos
 - Basculez prudemment la tête de la personne en arrière afin de libérer les voies respiratoires
- 2 Préparer Prenoxad®**
 - Retirez l'emballage plastique du kit en le tirant le long de la ligne rouge. Tenez la boîte par les deux bouts et exercez une torsion pour l'ouvrir.
 - Ouvrez le bout du sachet d'une aiguille, côté couleur bleue, et replacez le sachet dans la boîte.
 - Prenez la seringue et dévisez le capuchon gris.
 - Saisissez de l'autre main le sachet de l'aiguille, vissez l'aiguille sur la seringue et sortez-la du sachet, sans enlever le capuchon. Votre seringue est prête à l'emploi.

N'appuyez pas sur le piston avant d'avoir piqué pour ne pas perdre le produit.
- 3 Faire l'injection de Prenoxad®**
 - Tenez fermement la seringue entre le pouce et l'index (en appuyant sur le majeur), avec les graduations 1-2-3-4-5 visibles (vers le haut).
 - Repérez la zone à piquer : elle se situe sur le côté extérieur de la cuisse, sur la moitié haute.
 - Décapuchonnez l'aiguille.
 - Enfoncez plus de la moitié de l'aiguille, perpendiculairement à la peau. On peut piquer à travers les vêtements.
 - Injectez 0,4 ml c'est à dire poussez le piston jusqu'au trait noir situé entre le 1 et le 2.
 - Retirez la seringue (avec l'aiguille) de la cuisse et posez la dans la boîte jaune, dans son emplacement initial. Pour que la seringue tienne bien, clipsez la dans les deux encoches.
 - Notez l'heure d'administration du Prenoxad® sur la notice ou sur la peau de la victime (ou n'importe quel papier).



Fiche MEMO

naloxone.fr

4 Après la 1ère injection de Prenoxad® :

- Si la personne respire, placez-la sur le côté (position latérale de sécurité - PLS).
- Si la personne ne respire pas, démarrez un massage cardiaque.

Tant que la personne ne donne pas de signes de réveil, administrez de nouvelles doses de Prenoxad® toutes les 2 à 3 minutes.

5 Injection des autres doses de Prenoxad® :

- Si au bout de 2 à 3 minutes il n'y a pas d'amélioration de l'état de conscience et de la fréquence respiratoire, recommencez à injecter (voir cadre « 1ère injection de Prenoxad® »).
- Recommencez à injecter toutes les 2 à 3 minutes tant qu'il n'y a pas d'amélioration. Si possible, notez toutes les heures d'administration de naloxone.
- Si l'aiguille se casse ou se tord, changez-la.

6 Quand les secours arrivent

- Donnez-leur la boîte de Prenoxad® et le matériel utilisé.
- Indiquez l'heure de la dernière administration de Prenoxad®.
- Indiquez quel produit a été consommé si vous le savez.

Quand et comment changer l'aiguille ?

QUAND ?

- Si l'aiguille est cassée
- Si l'aiguille est sale ou endommagée (tombée par terre...)

COMMENT ?

- Commencez par ouvrir le boud du sachet de la 2ème aiguille et reposez-le.
- D'une main tenez fermement la seringue, de l'autre, tenez la base de l'aiguille endommagée, sur la partie bleue.
- Dévissez l'aiguille en tournant la seringue.
- Poussez doucement l'aiguille endommagée dans la boîte jaune.
- Vissez la deuxième aiguille sur la seringue.

Information importante : si jamais vous vous piquez lors de cette opération, informez-en les secours dès leur arrivée pour qu'ils mettent en place avec vous le protocole de soins approprié.

Que faire si on a dépassé la dose en appuyant sur le piston

- Gardez la même surveillance.
- Réinjectez quand même une dose au bout de 2 à 3 minutes selon le schéma préconisé, si l'état de conscience et de la respiration ne s'est pas amélioré.
- Si des signes de sevrage brutal apparaissent (réveil agité, envie de vomir...), il faut essayer d'éviter la réadministration et rester avec la personne jusqu'à l'arrivée des secours.

Fiche MEMO

**ADMINISTRER LA NALOXONE
PAR VOIE INTRANASALE (PULVÉRISATION DANS LE NEZ)**

naloxone.fr

Spécialité : Nyxoid®

Nyxoid® contient de la naloxone, un antidouleur aux opioïdes. Il n'est pas efficace pour les douleurs occasionnelles par la consommation de tout autre produit psychotrope non opioïde.

Même si vous n'êtes pas certain que la personne fait une overdose vous pouvez utiliser Nyxoid®, il n'a pas d'effet nocif sur la santé. Prenez que son utilisation peut lui sauver la vie !

Comment administrer Nyxoid®

1 Avant d'administrer Nyxoid® :

- Protégez.
- Appelez les secours 15 ou 112.
- Allongez la personne sur le dos.
- Basculez prudemment la tête de la personne en arrière afin de libérer ses voies respiratoires.

2 Utilisation de Nyxoid® :

- Sortez un pulvérisateur de la boîte. Ne touchez pas le pulvérisateur, cela le viole.
- Tenez le pulvérisateur entre les doigts et le pouce. Surtout n'appuyez pas avant qu'il soit dans la narine.
- Introduisez le premier pulvérisateur complètement dans la narine vers l'aille du nez. Appuyez fermement sur le piston jusqu'à entendre un « Click ».
- Notez l'heure à laquelle Nyxoid® a été pulvérisé.

3 Après utilisation de Nyxoid® :

- Si la personne respire, placez-la sur le côté (position latérale de sécurité - PLS) et restez près d'elle jusqu'à l'arrivée des secours.
- Si la personne ne respire pas, démarrez un massage cardiaque.

4 Deuxième utilisation de Nyxoid® :

- Si la personne ne donne pas de signe de réveil au bout de 3 à 5 minutes après pulvérisation de Nyxoid®, faites à nouveau une pulvérisation.
- A l'arrivée des secours, remettez les pulvérisateurs usagés aux secouristes et prélevez (si possible) la substance que la personne a consommée. Notez l'heure de la seconde administration de Nyxoid®.

3 à 5 min

Spécialité : Ventizolve ®

Ventizolve ® contient de la naloxone, un antidote aux opioïdes. Il n'est pas efficace pour les surdoses occasionnées par la consommation de tout autre produit psychotrope non opioïde.

Même si vous n'êtes pas certain que la personne fait une surdose vous pouvez utiliser Ventizolve ®, il n'a pas d'effet nocif sur la santé. Pensez que son utilisation peut lui sauver la vie !



Comment administrer Ventizolve ®

1

Avant d'administrer Ventizolve ®

- Protégez
- Appelez les secours 15 ou 112
- Allongez la personne sur le dos
- Basculez prudemment la tête de la personne en arrière afin de libérer ses voies respiratoires



2

Utilisation de Ventizolve ®

- Sortez un pulvérisateur de la boîte.
- Ne testez pas le pulvérisateur, c'est le vidérait.
- Tenez le pulvérisateur entre les doigts et le pouce.
- Surtout n'appuyez pas avant qu'il soit dans la narine.
- Introduisez le premier pulvérisateur complètement dans la narine vers l'arrière du nez. Appuyez fermement sur le piston jusqu'à entendre un « Click ».
- Notez l'heure à laquelle Ventizolve ® a été pulvérisé.



3

Après utilisation de Ventizolve ®

- Si la personne respire, placez-la sur le côté (position latérale de sécurité - PLS) et restez près d'elle jusqu'à l'arrivée des secours.
- Si la personne ne respire pas, démarrez un massage cardiaque.



4

Deuxième utilisation de Ventizolve ®

- Si la personne ne donne pas de signe de réveil au bout de 2 à 3 minutes après pulvérisation de Ventizolve ®, faites à nouveau une pulvérisation dans l'autre narine.
- A l'arrivée des secours, remettez les pulvérisateurs usagés aux secouristes et précisez (si possible) la substance que la personne a consommée. Notez l'heure de la seconde administration de Ventizolve ®.

2 à 3 min





5.2. | Dispositifs de prises en charge

5.2.1. | Addictologie et réduction des risques

- **CSAPA** : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- **CAARUD** : Centre d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager-es de drogues
- **Microstructures addiction et/ou santé mentale**
- **Réseaux addiction**
- **RdR à distance** : service gratuit de conseil personnalisé et d'envoi de matériel de réduction des risques à destination des usager-es. Pour trouver la structure référente de sa localité : rdr-a-distance.info
- **Dispositifs d'analyse de produits** : annuaire et localisation des structures sur la page « Où faire analyser ses prods » de l'association Techno +. Plus d'informations sur le dispositif SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances) sur le site de l'OFDT
- **Services hospitaliers spécialisés en addictologie** :
 - **ELSA** : Équipe de liaison et de soin en addictologie,
 - **hospitalisation de jour en addictologie,**
 - **hospitalisation complète en addictologie,**
 - **consultations hospitalières en addictologie.**

DROGUES INFO SERVICE

- Annuaire des structures en France
- Permanences téléphoniques

INTERVENIR ADDICTION

- S'informer
- Repérer
- Orienter

ADDICT'AIDE

- Annuaire des structures spécialisées et associations d'entraides
- Forum en ligne animé par des patient-es expert-es

5.2.2. | Psychiatrie – Santé mentale

- **Services et dispositifs spécialisés en santé mentale :**
 - **CMP** : Centres médico-psychologiques,
 - **EPSM** : Établissements public de santé mentale avec courts, moyens et longs séjours,
 - **dispositif « Mon soutien psy »**,
 - en cas d'urgence : **urgences psychiatriques**.

MONSOUTIENPSY.AMELI.FR

→ Annuaire des psychologues
conventionné-es/remboursé-es
par l'Assurance Maladie



**Penser également aux associations communautaires,
de son territoire et/ou présentes sur le web.**



5.3. | Ressources

5.3.1. | Institutionnelles et associatives (hors communautaires)

- **Addict'Aide, le Village des addictions** : à destination des professionnel·les, des usager·es, des proches.
- **Addict'Aide Pro** : vise plus précisément la prévention des conduites addictives en contexte professionnel (fiches pratiques à destination des entreprises, des médecins et des infirmier·es du travail).
- **Forum Addict'Aide** animé par des patient·es expert·es.
- **Annuaire** des structures d'addictologie et RdR.
- **Addictovigilance.fr** : alertes, déclaration de cas d'abus, programmes d'observation, actualités sur les produits en circulation, les usages et les profils des consommateur·ices.
- **ANSM - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé** : actualités, informations de sécurité, dossiers thématiques, accès aux médicaments (information voyages, données d'approvisionnements).
- **CEIP-A - Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance** : ils recueillent les cas de pharmacodépendance et d'abus liés à la prise de substances psychoactives et notifiés par les professionnel·les de santé. Ils les évaluent grâce à des outils adaptés. Leurs enquêtes préparent les travaux du Comité scientifique permanent (CSP) Psychotropes stupéfiants et addictions (PSA) siégeant à l'ANSM. Les CEIP-A sont au nombre de 13, implantés à Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nancy, Paris, Poitiers et Toulouse.
Les cas d'abus et de pharmacodépendance graves doivent être déclarés au CEIP-A du territoire sur lequel le cas a été observé (obligation figurant dans le Code de santé publique). Ils peuvent également être déclarés sur le portail du ministère de la Santé www.signalement-sante.gouv.fr. Les CEIP-A peuvent aussi être contactés pour toute demande de renseignement/expertise concernant les risques de détournement, abus et dépendance de substances psychoactives médicamenteuses/non médicamenteuses. Les coordonnées des CEIP-A sont sur le site Internet de l'ANSM.

- **CRAFS - Centre de référence sur les agressions facilitées par les substances :** canal unique de téléconseil, garantit à l'ensemble des victimes sur le territoire national, un accès à des ressources validées en matière d'agressions facilitées par les substances, limitant ainsi les dommages causés notamment par l'errance thérapeutique (isolement de la victime, rumination anxieuse, syndrome de stress post traumatique, tentative de suicide). Ce centre ressource permet par la même occasion de rompre l'isolement des professionnel·les eux/elles-mêmes et d'assurer une meilleure formation et coordination des acteur·rices impliqué·es dans la prise en charge des victimes.
- **Dependanceitinerance.ca (Québec) :** plateforme de l'équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) qui propose notamment de multiples guides et ressources.
- **Drogues info service :** informations sur les drogues, ressource téléphonique, annuaire des structures.
- **HAS – Haute autorité de santé :** recommandations de bonnes pratiques.
- **Info suicide :** ligne d'écoute, guides et outils pour évaluer le risque et prévenir le passage à l'acte, repérer les facteurs de protections et de risques.
- **Intervenir addictions :** plateforme à destination des professionnel·les de santé de premier recours pour les aider à aborder les conduites addictives avec les bénéficiaires de soins, à repérer d'éventuels usages problématiques de substances psycho-actives ou addictions sans substance, à intervenir et/ou orienter les personnes qui en ont besoin.
- **MARR - Mesures additionnelles de réduction du risque :** dans le cadre de la commercialisation de certaines spécialités comme des opioïdes par exemple, les MARR associées à ces médicaments ont été mises à disposition. Elles sont destinées à prévenir ou réduire la probabilité de survenue d'effets indésirables, leur gravité et/ou l'impact sur les bénéficiaires de soins.
- **OFDT – Observatoire français des drogues et des tendances addictives :** organisme public chargé du recueil, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues.



5.3.2. | Communautaires

- **Techno +, Spiritek, Keep Smiling, Orange Bleue** : associations, collectifs, qui interviennent en milieux festifs et qui disposent de sites Internet.
- **KEPS (Bus 31/32)/site Internet et réseaux sociaux** : informations, actualités sur les produits, les pratiques de consommations, les interactions. Possibilité **d'entretiens en messagerie privée sur les réseaux sociaux ou par téléphone avec des intervenant·es de RdR.**
- **Psychoactif** et **Psychonaut** : forums d'échanges, entraide et auto-support, par et pour la communauté d'usager·es de drogues.
- **PsychoWiki** : encyclopédie collaborative sur les produits et leurs usages : pharmacologie, effets attendus, risques, *Trip report*.
- **ASUD** : publications, actualités, information sur les produits, sur les modes de consommation, sur les droits ; brochures, dont une sur les dépressions respiratoires.
- **KnowDrugs** : application d'information sur les substances, les risques et la RdR.

RESSOURCES INTERNATIONALES

- **INPUD – International Network of People who Use Drugs**
- **projetredd.ca** : projet ressources et éducation sur les drogues. Documentation en lien avec la réduction des risques liés aux usages de drogues, les violences sexistes et sexuelles, l'identité de genre.

5.3.3. | Travaux de recherches, revues

- Recherche-action collaborative « **Adolescence en migration. Errances contraintes** » sur le site du Conseil bruxellois de sociopolitique.
- Revue **Sang d'Encre** : revue marseillaise d'information et d'expression collective qui aborde des questions liées à la santé et aux modes de vie précaires.
- **L'Arbre à Palabre** : journal créé par et pour les personnes usagères ou ex usagères de drogues, leurs proches et les parties prenantes d'Afrique francophone.
- **Centres documentaires et bibliothèques** :
 - > Centre de documentation de l'Hôpital Marmottan
 - > Bibliothèque québécoise sur les dépendances
 - > Cairn
 - > PubMed

5.4. | Numéros d'urgence

15

Urgences médicales/SAMU

À noter : les échanges avec le 15 sont enregistrés. Les indications du médecin conseil en ligne ont valeur de prescription ⁽⁸⁹⁾.

17

Police-secours

18

Sapeurs-pompiers

112

Numéro unique européen

À noter : il ne se substitue pas aux trois autres numéros mais il est utile en déplacement dans un pays européen ou pour les personnes en France qui ne connaissent pas les numéros permettant d'accéder directement au service adapté à la situation.

(89) « L'enregistrement des appels est un élément incontournable de traçabilité des échanges téléphoniques. Il est médico-légalement opposable » dans le dossier « Gestion des enregistrements sonores de régulation médicale. Recommandations professionnelles de Samu-urgences de France » – Février 2021.

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PORTEUR DU PROJET



SOUTIEN FINANCIER



PARTENAIRES



AVEC LA PARTICIPATION



RESPADD
Réseau de prévention des addictions
01 40 44 50 26 | contact@respadd.org
www.respadd.org