

**FICHE**

# De la prévention du trouble de l'usage et des surdoses à la prise en charge des surdoses d'opioïdes

**Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses**

Validée par le Collège le 10 mars 2022

---

La prévention des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) et des surdoses débute par l'application stricte des règles de prescription des médicaments opioïdes (cf. AMM des médicaments : indication, posologie, etc.).

## Prévention du trouble de l'usage d'opioïdes

### En cas de primo-prescription d'opioïdes

#### Evaluation initiale du patient

Une évaluation globale du patient est nécessaire avant l'instauration du traitement afin de rechercher des facteurs de risque de trouble de l'usage. Il est recommandé d'interroger le patient sur ses antécédents médicaux, ses comportements addictifs et ses consommations (traitements prescrits ou autoadministrés ou substances habituellement consommées) afin d'évaluer les risques d'interactions médicamenteuses.

Cette évaluation initiale doit rechercher la présence d'éventuelles comorbidités somatiques, psychiatriques, et troubles de l'usage de substances (passés ou actuels). Une situation de vulnérabilité sociale ou psychologique doit être recherchée en interrogeant le patient sur sa situation sociojudiciaire et environnementale.

Dans le cadre de la douleur chronique en soins de premier recours, le repérage des patients à risque de trouble de l'usage peut être facilité par le recours à des outils d'évaluation comme l'*Opioid Risk Tool* – ORT.

Les potentiels troubles comorbides doivent être pris en charge de manière simultanée à l'aide de soins pluridisciplinaires afin d'éviter que le patient ne pérennise un usage d'opioïde en autosoulagement de ses comorbidités, plutôt que pour l'indication établie pour laquelle l'opioïde est prescrit.

#### Modalités préventives d'un trouble de l'usage d'opioïdes

En cas de prescription d'un opioïde à visée antalgique, il est recommandé de réaliser sa titration à partir de la posologie jugée minimale au regard de la situation clinique. Le soulagement insuffisant de la douleur du patient peut favoriser l'émergence d'un TUO.

Il est recommandé de prescrire les opioïdes pour la durée minimale adaptée à la situation clinique du patient et aux objectifs de la prise en charge définis en amont, particulièrement pour une douleur aiguë.

Dans un contexte de facteurs de risque identifiés d'émergence de TUO, une dispensation fractionnée du traitement, voire une supervision des prises d'opioïdes par un professionnel de santé (infirmier, pharmacien, etc.), peut être réalisée en accord avec le patient. La réalisation d'une recherche urinaire des métabolites des opioïdes et autres substances peut être évoquée en fonction des situations cliniques et de la nécessité d'évaluer l'existence d'une imprégnation en opioïde.

Comme pour tout traitement, le patient et son entourage doivent recevoir une information adaptée au contexte clinique quant aux bénéfices et risques du traitement. Outre l'information concernant les effets indésirables usuels des médicaments opioïdes, il convient aussi d'informer sur les conséquences potentiellement plus graves de ces médicaments (trouble de l'usage iatrogène, surdose et conséquences potentiellement létales).

Le prescripteur doit prévoir de réévaluer systématiquement l'efficacité et la tolérance du traitement.

## En cas de prescription d'opioïdes en cours

Le renouvellement des prescriptions ne peut s'envisager qu'en cas de persistance d'une indication clinique validée justifiant de recevoir un opioïde, avec réévaluation de la balance bénéfices/risques pour le patient au décours de la prescription antérieure. Il est donc recommandé de rechercher une dépendance physique aux opioïdes, traduite par l'existence de symptômes de sevrage, repérés à l'examen clinique ; l'usage d'outils d'évaluation tels que *Clinical Opiate Withdrawal Scale* – COWS et la *Subjective Opiate Withdrawal Scale* – SOWS peut être un support.

Il est recommandé de rechercher cliniquement, de façon répétée durant la prise en charge, l'existence d'un TUO ; l'utilisation d'outils d'évaluation tels que le *Prescription Opioid Misuse Index* – POMI peut être un support.

Le prescripteur doit rester vigilant quant aux facteurs de risque de TUO, à savoir, l'existence de comorbidités psychiatriques et/ou d'antécédents de trouble de l'usage de substances, le recours à une dose moyenne quotidienne d'opioïde supérieure à 120 mg EMO (équivalent morphine orale), le sexe masculin et l'âge du patient, le risque de TUO diminuant avec le vieillissement.

L'évaluation globale du patient doit être réitérée afin de rechercher l'apparition de potentiels troubles comorbides supplémentaires et d'évaluer les effets de la coordination de la prise en charge pluridisciplinaire.

La réalisation d'une recherche urinaire des métabolites des opioïdes peut être proposée au patient après une information neutre pour confirmer l'usage d'opioïde et identifier d'éventuelles co-consommations associées.

## Prévention des surdoses d'opioïdes

### Prescription et évaluation des risques de surdose

Outre les éléments précités concernant l'instauration du traitement et les éléments spécifiques d'évaluation des risques, il est recommandé d'évaluer le risque d'interactions médicamenteuses favorisant les surdoses, notamment l'usage concomitant de dépressogènes respiratoires (alcool, benzodiazépines, gabapentinoïdes, autres opioïdes, etc.).

Certaines situations sont plus à risque de surdose et doivent attirer la vigilance du prescripteur :

- les patients douloureux insuffisamment soulagés, pouvant surconsommer leurs antalgiques opioïdes afin de tenter d'obtenir une meilleure gestion de leurs douleurs ;

- le début de prise en charge, la tolérance aux opioïdes étant difficile à évaluer ;
- une perte rapide de tolérance aux opioïdes :
- en cas de rupture de traitement ; une réévaluation médicale de la posologie de reprise du MSO est alors nécessaire pour envisager une réinstauration à posologie inférieure,
- lors de certaines situations particulières (sortie d'hospitalisation ou d'incarcération) amenant fréquemment les patients à réduire ou arrêter leur consommation d'opioïdes ; en cas de reprise d'opioïdes (licites ou non), ils doivent réduire les doses absorbées.

#### *Recommandation aux pouvoirs publics*

L'organisation d'un suivi addictologique est recommandée avant la sortie d'incarcération de tout détenu suivi par l'UCSA de l'établissement pénitentiaire dans le cadre de son traitement de substitution aux opioïdes.

#### **Populations à risque de surdose**

Plusieurs populations usagères d'opioïdes sont à risque de surdose :

- usagers ayant une perte de tolérance aux opioïdes liée à un arrêt ou une période de plus faible consommation, par exemple à la suite d'une sortie d'incarcération, d'un centre de soins résidentiel ou en cours de sevrage ;
- usagers ayant des antécédents de surdose d'opioïde ;
- patients recevant un médicament de substitution aux opioïdes, en particulier par méthadone, lors de l'instauration du traitement ou dans le mois suivant son arrêt ;
- patients traités par des médicaments antalgiques opioïdes en cas de TUO (augmentation non contrôlée des doses pour soulager une douleur mal contrôlée, recherche d'effets psychoactifs) ou ayant développé une dépendance physique ;
- utilisateurs occasionnels recherchant les effets psychoactifs des opioïdes ;
- usagers d'opioïdes en « autosubstitution » pour une dépendance physique aux opioïdes ;
- association à des substances potentialisant le risque de surdose (ex. : gabapentinoïdes, benzodiazépines, alcool, etc.).

Les patients naïfs d'opioïdes lors de l'instauration d'un traitement antalgique opioïde méritent également une vigilance accrue quant au risque de surdose.

#### **Mesures de prévention et environnement du patient**

Le patient, ainsi que son entourage – plus à même d'assister à la surdose et à intervenir – doivent être informés des signes cliniques caractéristiques associés en cas de surdose (myosis, inconscience et dépression respiratoire).

Le risque de surdose de l'entourage, lié à une ingestion accidentelle ou volontaire du médicament opioïde par un sujet naïf, doit aussi faire l'objet d'une prévention attentive concernant :

- la sécurisation du stockage des médicaments, strictement hors de portée des enfants, sans les retirer de leurs conditionnements spécifiques éventuels (film protecteur, bouchon de sécurité, etc.) ;
- le danger de donner son traitement à un tiers même s'il présente des symptômes similaires.

La naloxone « prête à l'emploi »<sup>1,2</sup> permet de traiter en urgence une surdose en opioïdes et de diminuer la mortalité associée en attendant l'arrivée des secours, la dose d'antidote contenue dans un kit n'étant pas suffisante pour traiter intégralement une surdose.

Afin d'anticiper la prise en charge d'une surdose, il est recommandé de prescrire ou de délivrer de la naloxone « prête à l'emploi » aux patients, notamment à risque de surdose, mais également à leur entourage (familial ou non), tout en les informant sur la façon d'administrer la naloxone et la nécessité de prévenir les services de soins d'urgence en premier lieu<sup>3,4</sup>. Le kit de naloxone doit être conservé dans un endroit accessible à tous les intervenants susceptibles d'y avoir recours.

#### *Recommandation aux pouvoirs publics*

Les forces de l'ordre et de secours (sapeurs-pompiers, ambulanciers) sont susceptibles d'intervenir les premiers sur site, par conséquent, il est recommandé qu'elles aient un accès facilité et soient formées à l'administration de la naloxone, dans l'attente d'une prise en charge par une structure médicalisée.

## Prise en charge des surdoses

Une surdose (overdose) d'opioïdes peut être identifiée par l'association des trois symptômes suivants (« triade de l'overdose aux opioïdes ») : myosis<sup>5</sup>, inconscience et dépression respiratoire.

Dans le cadre d'une suspicion de surdose aux opioïdes, il est recommandé en premier lieu d'appeler systématiquement et rapidement les secours (Samu via le 15) après avoir protégé la personne.

Il est recommandé d'administrer une première dose de naloxone en utilisant un kit de naloxone « prête à l'emploi »<sup>4,5</sup>, y compris chez une femme enceinte en vue de sauver la vie de la mère. L'objectif de ce kit est d'éviter le décès dans l'attente de la prise en charge par les services de secours, la dose de naloxone contenue dans un kit n'étant pas suffisante pour traiter intégralement une surdose.

Puis il est recommandé :

- de pratiquer les gestes d'urgence : bilan de la conscience, bilan de la respiration, mise en position latérale de sécurité si reprise de la respiration ou massage cardiaque en l'absence de respiration ;
- de surveiller la victime dans l'attente de l'arrivée des secours. Une deuxième dose de naloxone doit être administrée 2 à 3 minutes plus tard en l'absence d'amélioration, ou pour prolonger

<sup>1</sup> Les kits de naloxone « prête à l'emploi » commercialisés sont un kit à voie d'administration intranasale (soumis à prescription médicale obligatoire) et un kit à voie d'administration intramusculaire (non soumis à prescription médicale obligatoire). Deux autres kits à voie d'administration intranasale (non soumis à prescription médicale obligatoire) ont obtenu une AMM mais ne sont pas encore commercialisés.

Ces kits sont remboursés sur prescription médicale à hauteur de 65 % et leur dispensation à titre gratuit est possible en sortie d'une hospitalisation en service d'addictologie, en CSAPA, par l'unité sanitaire lors de la sortie d'une incarcération ou encore en CAARUD.

<sup>2</sup> Cf. [Surdosage et overdose d'opioïdes : point sur l'offre thérapeutique de la naloxone en France](#). ANSM ; 2019, mise à jour 2021.

<sup>3</sup> Cf. Outils de communication réalisés par le groupe interassociatif « prévention des surdoses », piloté par la Fédération Addiction : - Formation en ligne proposée aux patients traités par les opioïdes, usagers de drogues, à leur famille et leurs proches et à ceux qui les accompagnent (professionnels de CAARUD et CSAPA) pour savoir comment réagir face aux surdoses d'opioïdes, disponible sur [www.naloxone.fr](http://www.naloxone.fr)

- « Les surdoses d'opioïdes (antidouleurs, drogues, substitution) : comment réagir ? » - flyer disponible sur le site : [www.federatio-naddiction.fr](http://www.federatio-naddiction.fr)

<sup>4</sup> [Mesures additionnelles de réduction du risque - NYXOID : Naloxone](#). ANSM ; 2021.

<sup>5</sup> Le myosis lorsqu'il n'est pas associé à une somnolence ou à une dépression respiratoire, n'est pas un signe de surdosage mais un signe d'imprégnation morphinique.

l'effet antidote de la naloxone si les secours ne sont pas arrivés, compte tenu de l'efficacité de courte durée de la naloxone du fait de sa demi-vie. De plus, une autre cause de dépression respiratoire ou l'association avec d'autres substances dont la naloxone n'est pas l'antidote ne peuvent être exclues.

Dans les établissements de santé (services cliniques et urgences), l'administration de naloxone injectable par titration, suivie d'une perfusion d'une dose d'entretien, permet de lever la dépression respiratoire induite par le surdosage en opioïde tout en conservant au décours un niveau d'antalgie correct.

---

Ce document présente les points essentiels de la publication : **De la prévention du trouble de l'usage et des surdoses à la prise en charge des surdoses d'opioïdes**, Méthode, mars 2022

Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)