

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE 2021

Thèse n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(Arrêté du 17 juillet 1987)
et
MÉMOIRE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
DE PHARMACIE HOSPITALIÈRE
(Décret 88-996 du 19 octobre 1988)

présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2021 à Tours
par Monsieur Nathan CHAZARENC né le 16 novembre 1991 à Longjumeau

<p>Mésusage et dépendance au tramadol : évaluation des connaissances</p>

Présidente :

Madame le Professeur Stéphanie RAGOT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, CHU de Poitiers, Université de Poitiers

Membres :

Monsieur le Docteur Philippe MINET

Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Châtelleraut, CHU de Poitiers

Madame le Docteur Mary-Christine LANOUE

Praticien Hospitalier, OMÉDIT Centre-Val de Loire

Co-Directeur

Monsieur le Docteur Pierre BREDELOUX

Maître de Conférences des Universités, Université de Tours

Directeur

Monsieur le Docteur Jérôme BACHELLIER

Praticien Hospitalier, Equipe de Liaison de Soins en Addictologie, CHU de Tours

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE 2021

Thèse n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(Arrêté du 17 juillet 1987)
et
MÉMOIRE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE
(Décret 88-996 du 19 octobre 1988)

présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2021 à Tours
par Monsieur Nathan CHAZARENC né le 16 novembre 1991 à Longjumeau

**Mésusage et dépendance au tramadol : évaluation des
connaissances**

Présidente :

Madame le Professeur Stéphanie RAGOT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, CHU de Poitiers, Université de Poitiers

Membres :

Monsieur le Docteur Philippe MINET

Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Châtelleraut, CHU de Poitiers

Madame le Docteur Mary-Christine LANOUE

Praticien Hospitalier, OMÉDIT Centre-Val de Loire

Co-Directeur

Monsieur le Docteur Pierre BREDELOUX

Maître de Conférences des Universités, Université de Tours

Directeur

Monsieur le Docteur Jérôme BACHELLIER

Praticien Hospitalier, Equipe de Liaison de Soins en Addictologie, CHU de Tours

LISTE DES ENSEIGNANTS



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Année universitaire 2021-2022

PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, PU, chimie thérapeutique
- COUET William, PU-PH, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, PU-PH, pharmacie clinique
- FAUCONNEAU Bernard, PU, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, PU, pharmacochimie
- IMBERT Christine, PU, parasitologie
- MARCHAND Sandrine, PU-PH, pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, PU, galénique
- PAGE Guylène, PU, biologie cellulaire
- RABOUAN Sylvie, PU, chimie physique, chimie analytique
- RAGOT Stéphanie, PU-PH, santé publique
- SARROUILHE Denis, PU, physiologie
- SEGUIN François, PU, biophysique, biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, MCU-PH, immunologie-hématologie
- BARRIER Laurence, MCU, biochimie
- BINSON Guillaume, MCU-PH, pharmacie clinique
- BODET Charles, MCU, bactériologie (HDR)
- BON Delphine, MCU, biophysique
- BRILLAULT Julien, MCU, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, MCU, microbiologie,
- CHARVET Caroline, MCU, physiologie
- CHAUZY Alexia, MCU, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, MCU, sciences physico-chimiques
- DELAGE Jacques, MCU, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, MCU, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)

- GIRARDOT Marion, MCU, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, MCU, pharmacologie (HDR)
- HUSSAIN Didja, MCU, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, MCU, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, MCU, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, MCU, toxicologie (HDR)
- RIOUX BILAN Agnès, MCU, biochimie
- THEVENOT Sarah, MCU-PH, hygiène et santé publique
- TEWES Frédéric, MCU, chimie et pharmacochimie
- THOREAU Vincent, MCU, biologie cellulaire
- WAHL Anne, MCU, chimie analytique

Maîtres de Conférences Associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- MIANTEZILA BASILUA Joe, épidémiologie et santé publique

Enseignant d'anglais

- DEBAIL Didier

REMERCIEMENTS

“ Rien n’est sérieux en ce bas monde que le rire ”

Gustave Flaubert

Cet extrait est tiré d’une papillote de Noël, délicieusement savourée dans la salle des essais cliniques de la pharmacie Bretonneau du CHU de Tours. Cet instant, accompagné d’un café, correspond peu ou prou au moment où les sujets de thèse germaient dans ma tête (je dois vous avouer que ça partait un peu dans tous les sens, mais Mary-Christine était là pour m’aider à trouver ma voie !). Sachez que, depuis ce jour, et au moment précis où j’écris ces lignes, ce petit papier est encore coincé entre mon téléphone et sa coque en plastique souple, juste à côté d’une photo Polaroid® où l’on me voit -entre autres- tenir une plante verte, aux côtés d’Inès et d’Alban.

Maintenant que les présentations sont faites, les prochains mots s’adressent à vous tous qui avez, chacun à votre manière, aidé et permis cette thèse.

A mon jury de thèse

A Stéphanie Ragot,

Merci d’avoir accepté sans hésitation de présider mon jury. Je vous remercie chaleureusement et vous me faites l’honneur de juger mon travail.

A Pierre Bredeloux,

Merci de m’avoir fait confiance dans mon projet, et d’avoir toujours répondu à mes nombreuses sollicitations. Merci pour votre disponibilité et votre œil attentif sur mon travail.

A Philippe Minet,

Merci à toi, tout d’abord pour la diffusion massive du questionnaire, puis d’avoir accepté sans aucune hésitation de prendre part à mon jury de thèse. Merci également pour tous ces moments à Châtellerault à discuter de pharmacie mais pas que... Je garde un beau souvenir de ces ~~six~~ sept mois.

A Mary-Christine Lanoue,

Un grand merci pour ton dynamisme, tes remarques toujours pertinentes, merci de m’avoir poussé à aller toujours jusqu’au bout des choses, merci pour ces ~~six~~ cinq mois passés à tes côtés, et merci pour ton aide Ô combien précieuse dans la recherche de mon sujet... Sans toi, cette thèse n’aurait peut-être jamais vu le jour...

A Jérôme Bachellier,

Merci d’avoir accepté mon projet, d’avoir pris le temps de voir, revoir, re-revoir mon questionnaire. Merci d’avoir su me guider quand j’en avais besoin, de m’avoir remis sur les rails quand mes questionnements m’emmenaient trop loin merci pour ta disponibilité et nos échanges.

A toutes les équipes des (nombreux) établissements où je suis passé :

De Poitiers à Orléans, de Brest à Châtellerauld, de Tours à Paris...

Aux préparateurs de l'URC du CHR d'Orléans et notre cahier vert,

Aux Brestoâs : Virginie qui m'a soutenu dans mon projet sorti de nulle part, à Isabelle et Catherine, à Emmanuelle.

A l'équipe de Châtellerauld : Philippe, Nawal, Mélanie, Eric et bien sûr tous les préparateurs et agents de la stérilisation.

A l'équipe de l'OMÉDIT, petite par la taille mais grande par le cœur. Coralie, Clara, Anne-Laure et Cléo. Matthieu et sa disponibilité, Hugues et ses connaissances, Jojo et ses phrases chaleureuses, et bien sûr Mary et son énergie ! Merci à vous pour cet accueil dans ce petit cocon...

Enfin, à l'équipe de Tours : Clémentine, Marie, Nadine, Dominique, Nelly, Virginie, Sébastien. Aux agents des marchés.

A tous et toutes les IDE, AS, ASH, OP, secrétaires, cuisiniers, standardistes, médecins, psychologues, orthophonistes, assistantes sociales, internes, ambulanciers, coursiers, livreurs, chauffeurs, techniciens, manip-radio, kinés, ingénieurs, agents administratifs qui font la force et la beauté de l'hôpital public.

A mes co-internes...

Aux Poitevins : Ugo Caliméro et ses calembours sans fin, Pimousse frimousse-t'inquiète-ça-va-bien-se-passer, Culdu "ça t'fera l' _ _ _", Léa-c _ _ _ avec qui j'ai perdu deux morceaux de dents, JB mi-interne mi-assistant, Cécilou qui nous a montré la voie de la sagesse (non), Charly le FFI, et bien sûr Marion la meilleure des colocs.

Aux nazes d'Orléans : Béber est-ce-que-vous-en-voulez-encore, Margaux qui s'intéresse à tout et ta générosité sans limites, Laurie « cherrios », Mayou et Jojo...

Aux Brestoâs : HH, Mathilde, François, Gautier et Nora qui m'ont vraiment dégouté de la thèse, Justine-later-bitches.

Et pour finir les Tourangeaux et Tourangelles : Marie-Cap, Isabelle, Evan, Pauline « nif », Thomas, Daniela, Sophie. La team « puipui » : Marion, Tristan, Adil, Eloïse, Fanfouette et Clemsy

A mes amis de fac

Je pense bien évidemment à toutes mes années de fac, sur notre beau (non) campus de Châtenay-Malabry, où j'ai remis les pieds pour sa dernière année. Une grosse pensée pour le JAC qui est là. À Marie-amulette-à-pigeon et cabane à _ _ _ _ , à KK et tous ces moments ensemble, à ma Bobbinette d'amour, à Célia ma presque-coloc, à Lamine, Samuel, Igor, Agathe, Grauton, Pauline, Nico, Alex, Lauwry, My-Anh, Matthieu, Lili, Vu, Tanguy, et tous les autres que j'oublie...

A tous les autres

Electrolux, Mylène, Gauthier et Mariane, Robin, Fanny, Tuteur, Olivier

A mes collègues de M2, nouvellement rencontrés : l'année s'annonce riche !

A tous ceux que je n'ai pas cités et qui m'en veulent de les avoir oubliés (déso).

Et puis, bien sûr, à vous

A mon frère, Lennie (et Julia, Lou et Ernest), qui a ouvert la voie des thèses dans la fratrie, et à ma sœur, Malou qui la fermera dans quelques années...

A toi Inès (et Boune), qui m'accompagne depuis près de 15 ans, je ne sais pas où est COB, mais notre amitié est un peu née à travers lui... Je n'ai pas beaucoup de mots pour décrire notre amitié, mais je ne pense pas que ça soit nécessaire, tu sais très bien ce que j'en pense.

A toi Anouk (et Luc), qui m'accompagne depuis encore plus longtemps, des cours de clarinette à l'harmonie, toujours pleine de joie de vivre et une bienveillance sans faille... Pas besoin non plus d'étaler ici ce que je pense de notre amitié.

A mes parents, qui ont tant donné pour moi. Qui ont toujours su m'accompagner quand il le fallait, me laisser prendre le large quand c'était nécessaire. Si j'en suis là, aujourd'hui, c'est grâce à vous, et je ne pourrai jamais assez vous remercier... Il paraît que la vie n'est pas une succession de fêtes, mais bon, peut-être un peu quand même. Merci pour tout papa ; merci pour tout maman.

A toi, Alban, qui partage ma vie depuis plus de trois ans. Le meilleur des boys. Je t'aime.

Je termine ces remerciements sur une suggestion musicale, qui je l'espère, vous touchera comme elle m'a touché. Keny Arkana a écrit et interprété une magnifique chanson, « Le Fardeau ». Vous le comprendrez sûrement, cette chanson a sans aucun doute joué un rôle dans mon choix de sujet. Je ne vous en dit plus...

Bon, pour la partie sentimentale, c'est fait. Si certains ont la larme à l'œil, tant mieux, c'est que j'ai bien fait mon job.

Maintenant, place au travail. Il y a tant à dire sur ce sujet !

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS	3
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES FIGURES	10
TABLE DES TABLEAUX	12
TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION	15
PARTIE I – GENERALITES SUR LES OPIOÏDES	16
A - Opiacés, opioïdes, de quoi parle-t-on ?	16
1 - Le pavot somnifère	16
2 - Les différents opioïdes médicamenteux	17
3 - Propriétés pharmacologiques des opioïdes médicamenteux	18
B - Le tramadol	20
1 - Présentation	20
2 - Effets indésirables	20
3 - Métabolisme	22
C - Qu'est-ce que l'addiction aux opioïdes ?	23
1 - Définition de l'addiction	23
a - L'American Psychiatric Association	23
b - L'Organisation Mondiale de la Santé	24
c - Le National Institute on Drug Abuse	25
d - Synthèse	25
2 - L'addiction aux opioïdes	25
3 - Le syndrome de sevrage	27
D - Etat des lieux des consommations et des addictions	28
1 - Dans le monde	28
2 - Aux Etats-Unis	30
3 - En Europe	31
4 - En France	34
5 - En Centre-Val de Loire	37
E - Quelles sont les conséquences de l'addiction aux opioïdes	41

PARTIE II - LA PRÉVENTION DE L'ADDICTION	42
A - La prévention	42
1 - La prévention primaire	42
2 - La prévention secondaire	42
3 - La prévention tertiaire	42
4 - Prévention et groupe cible	43
B - Les acteurs de la prévention et de la prise en charge	43
1 - Les médecins	43
a - Les médecins non addictologues	43
i - En milieu hospitalier	44
ii - En médecine libérale	44
b - Les addictologues	45
i - Le secteur hospitalier	46
ii - Le secteur médico-social	46
2 - Les pharmaciens	47
a - En établissement de santé	47
b - En officine	48
3 - Les infirmiers	48
4 - Les patients	48
5 - Les instances de santé	49
6 - Les structures de proximité	50
a - Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	50
b - Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques	50
c - Les Salles de Consommation à Moindre Risque	50
d - Les Centres Thérapeutiques Résidentiels et Communautés Thérapeutiques	51
7 - Associations, réseaux, comités, sociétés savantes	52
C - La prise en charge médicamenteuse des addictions	53
PARTIE III – QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET RISQUES	57
A - Contexte	57
B - Objectifs	57
C - Matériel & méthodes	57
1 - Conception du questionnaire	57
2 - Diffusion	58
D - Résultats	58
1 - Caractéristiques de la population	58
2 - Auto-évaluation des connaissances sur le tramadol	62

3 - Consommation et dépendance _____	63
4 - Connaissance du risque _____	67
5 - Evaluation des professionnels de santé _____	70
6 - Dépendance et exercice professionnel _____	79
7 - Message de prévention _____	81
E - Limites de l'étude _____	83
1 - Biais de sélection _____	83
2 - Biais de mémorisation _____	84
3 - Biais de prévarication _____	84
4 - Biais d'analyse et de construction _____	84
F - Forces de l'étude _____	85
DISCUSSION _____	86
CONCLUSION _____	89
BIBLIOGRAPHIE _____	90
ANNEXES _____	95
Annexe 1 : Fiche de bon usage du tramadol, OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2016 _____	96
Annexe 2 : Fiche de bon usage du tramadol, CHU de Toulouse, 2016 _____	98
Annexe 3 : Fiche patient du tramadol, CHU de Montréal, 2015 _____	100
Annexe 4 : Questionnaire complet _____	103
Annexe 5 : Exemple de conciliation médicamenteuse à l'entrée, CHU de Tours, 2021 _____	114
Annexe 6 : Affiche de communication sur la naloxone, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 _____	115
Annexe 7 : Echelle POMI, OFMA _____	116
Annexe 8 : Echelle ORT, OFMA _____	116
Annexe 9 : Enquêtes de pharmacodépendance-addictovigilance, RESPADD, 2018 _____	117
RESUME ET MOTS CLEFS _____	119

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Illustration du fruit du pavot somnifère	16
Figure 2 : Illustration de différentes formes de <i>Papaver somniferum</i> (1)	16
Figure 3 : Métabolisme du tramadol (15).....	22
Figure 4 : Usage non médical des médicaments de prescription dans le monde (26)	28
Figure 5 : Taux de décès dus aux overdoses d'opioïdes en 1990 et 2017 (28)	29
Figure 6 : Nombre annuel de décès par overdoses impliquant un opioïde, CDC Wonder	31
Figure 7 : Consommations d'antalgiques dans 7 pays d'Europe en 2015 (12).....	32
Figure 8 : Nombre de décès liés aux opioïdes par pays par million d'habitants, 2011 et 2016 (39).....	33
Figure 9 : Volume d'opioïdes prescrits en ville en DDJ pour 1.000 habitants de plus de 18 ans (40).....	33
Figure 10 : Consommation en DDJ par 1000 habitants des principaux antalgiques opioïdes en 2016 en France (12).....	35
Figure 11 : Evolution des consommations d'antalgiques en France entre 2006 et 2017 (12).....	36
Figure 12 : Evolution de la consommation de tramadol en ville entre 2006 et 2017 (12).....	36
Figure 13 : Quantités d'antalgiques consommés en région Centre-Val de Loire toutes classes confondues, 2010-2020, établissements MCO,	38
Figure 14 : Quantités d'antalgiques consommés en région Centre-Val de Loire par classe opioïde, 2010-2020, établissements MCO	38
Figure 15 : Evolution du poids des différents opioïdes faibles en Centre-Val de Loire, 2010-2020, établissements MCO	39
Figure 16 : Evolution des consommations de tramadol en Centre-Val de Loire, 2010-2020, établissements MCO	39
Figure 17 : Evolution des consommations de tramadol selon le type de services en Centre-Val de Loire, 2010-2020	40
Figure 18 : Nombre de séjours liés à une intoxication aux opioïdes médicamenteux (diagnostic principal T402), 2011-2020	41
Figure 19 : Prévention en fonction des différents groupes cible	43
Figure 20 : Organisation du réseau français d'addictovigilance	53
Figure 21 : Taux de couverture des traitements de substitution	54
Figure 22 : Flyer de diffusion du questionnaire	58
Figure 23 : Genre des répondants.....	61
Figure 24 : Répartition des répondants par tranche d'âge	62
Figure 25 : Auto-évaluation des connaissances sur le tramadol.....	62
Figure 26 : Comparaison de l'auto-évaluation des connaissances sur le tramadol selon le diplôme	63
Figure 27 : « Vous a-t-on déjà prescrit un médicament contenant du tramadol ? »	63
Figure 28 : Relation entre prescription et consommation hors-prescription de tramadol.....	64
Figure 29 : Répartition des scores POMI	65
Figure 30 : Réponses aux différentes questions du POMI	65

Figure 31 : Répartition des scores POMI selon l'auto-évaluation de la dépendance	66
Figure 32 : « Pensez-vous que quelqu'un de votre entourage [...] dépendance ou addiction au tramadol »	66
Figure 33 : « Saviez-vous que le tramadol est un médicament à risque de dépendance ou d'addiction ? »	67
Figure 34 : Connaissance des risques de dépendance au tramadol selon la profession, le niveau de diplôme et la note auto-attribuée.....	67
Figure 35 : Connaissance du risque chez les non-PS	68
Figure 36 : Connaissance des risques chez les PS.....	69
Figure 37 : « Comment avez-vous été informé-e des risques de dépendance ? »	69
Figure 38 : Avis des répondants sur la pertinence et fréquence de la communication sur les risques de dépendance.....	70
Figure 39 : Répartition des répondants PS par tranche d'âge.....	73
Figure 40 : Posologie maximale de tramadol par prise	73
Figure 41 : Posologie maximale de tramadol par 24h.....	74
Figure 42 : Taux de citation des facteurs associés à un risque de dépendance.....	74
Figure 43 : Note obtenue à l'interrogation des facteurs de risque	75
Figure 44 : Décès directs par le tramadol.....	76
Figure 45 : Décès directs par la morphine.....	76
Figure 46 : Décès directs par le paracétamol	77
Figure 47 : Décès directs par la méthadone	77
Figure 48 : Note obtenue à la question 36.....	78
Figure 49 : « Quelle est la durée maximale de prescription de spécialités contenant du tramadol ? ».....	78
Figure 50 : Corrélation entre la note auto-attribuée à la question 5 et la réponse donnée à la question 32 « Quelle est la durée maximale de prescription de spécialités contenant du tramadol ? ».....	79
Figure 51 : « Pensez-vous que cette réduction a eu un impact sur les risques d'addiction ou de dépendance »	79
Figure 52 : Réponses aux questions 38 et 39	80
Figure 53 : Orientation après une situation de dépendance / d'addiction	80
Figure 54 : Pourquoi n'avez-vous pris contact avec personne ? (n=39)	81
Figure 55 : « Délivrez-vous un message de prévention sur les risques de dépendance ou d'addiction au tramadol ? ».....	81
Figure 56 : « Maintenant que vous avez réalisé ce questionnaire, pensez-vous modifier votre attitude/message concernant les risques de dépendance ou d'addiction au tramadol ? ».....	82
Figure 57 : Evolution de l'attitude et du message au fil de l'enquête.....	83

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste des molécules commercialisées avec une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la prise en charge de la douleur (liste non exhaustive) (4,5)	18
Tableau 2 : Symptômes induits par les récepteurs aux opioïdes (2,6).....	18
Tableau 3 : Activité des molécules sur les récepteurs aux opioïdes (7,8,10,11)	19
Tableau 4 : Effets indésirables des opioïdes et leur fréquence (11,13,14)	21
Tableau 5 : Temps de demi-vie des opioïdes (11,13,14,25).....	28
Tableau 6 : Différents niveaux d'analyse pharmaceutique selon la SFPC (59)	47
Tableau 7 : Liste des spécialités à base de naloxone pour la prise en charge des surdosages (73,74)	55
Tableau 8 : Caractéristiques de la population d'étude	61
Tableau 9 : Moyenne et médiane de la réponse à la question 5 « A combien évaluez-vous vos connaissances concernant le tramadol ? » selon la profession.....	63
Tableau 10 : Test de χ^2 d'indépendance entre prescription et consommation hors-prescription.....	64
Tableau 11 : Caractéristiques populationnelle détaillées des professionnels de santé répondants.....	73
Tableau 12 : Comparaison population d'étude et population française	84

TABLE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

AINS :	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APA :	American Psychiatric Association
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASMR :	Amélioration du Service Médical Rendu
ASOS :	Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées
ATC :	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
ATIH :	Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation
BEP :	Brevet d'Etudes Professionnelles
BTS :	Brevet de Technicien Supérieur
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CEIP-A :	Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance- Addictovigilance
CEPS :	Comité Economique des Produits de Santé
CFG :	Certificat de Formation Générale
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CJC :	Consultation Jeunes Consommateurs
CNOP :	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CRPV :	Centre Régional de PharmacoVigilance
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions
CSP :	Code de la Santé Publique
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DDJ :	Dose Définie Journalière
DEA :	Diplôme d'Etudes Approfondies
DESC :	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DEUG :	Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
DEUST :	Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques
DNB :	Diplôme National du Brevet
DRAMES :	Décès en Relations avec l'Abus de Médicaments Et de Substances
DREES :	Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
DTA :	Décès Toxiques par Antalgiques
DUT :	Diplôme Universitaire de Technologie
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ELSA :	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMCDDA :	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FDA :	Food and Drug Administration
FST :	Formation Spécialisée Transversale
GHS :	Groupe Homogène de Séjour
HAS :	Haute Autorité de Santé
HDJ :	Hospitalisation De Journée
HDR :	Habilitation à Diriger les Recherches

IDE :	Infirmier-e Diplômée d'Etat
IDF :	Île-De-France
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MILDECA :	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MPR :	Médecine Physique et Réadaptation
MSS :	Ministère des Solidarités et de la Santé
NIDA :	National Institute on Drug Abuse
NSDUH :	National Survey on Drug Use and Health
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OEDT :	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
OFMA :	Observatoire Français des Médicaments Antalgiques
OMÉDIT :	Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM :	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONU DC :	Office des Nations Unies pour les Drogues et le Crime
OPEMA :	Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire
OPPIDUM :	Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse
OSIAP :	Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possibles
PACA :	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PIB :	Produit Intérieur Brut
PLFSS :	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMO :	Prescription Médicale Obligatoire
POMI :	Prescription Opioid Misuse Index
PS :	Professionnels de Santé
PUI :	Pharmacie à Usage Intérieur
RCP :	Résumé des Caractéristiques du Produit
RESPADD :	RESeau de Prévention des ADDictions
SCMR :	Salle de Consommation à Moindre Risque
SFPC :	Société Française de Pharmacie Clinique
SMR :	Service Médical Rendu
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarifcation À l'Activité
TAO :	Traitement de l'Addiction aux Opioïdes
TSO :	Traitement de Substitution aux Opiacés
UCD :	Unité Commune de Dispensation
UE :	Union Européenne
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC :	Virus de l'Hépatite C

INTRODUCTION

Les opioïdes sont une classe pharmacologique regroupant des molécules principalement utilisées en thérapeutique pour la prise en charge de la douleur et d'autres molécules utilisées à des fins récréatives. Ainsi, l'usage thérapeutique des opioïdes médicamenteux peut mener à un usage abusif dont la caractérisation précise est souvent compliquée.

La consommation des opioïdes médicamenteux à travers le monde a subi une forte augmentation ces deux dernières décennies. L'amélioration de la prise en charge médicale de la douleur a favorisé leur prescription, et l'important lobbying des compagnies pharmaceutiques a accentué ce phénomène, au détriment des risques pour la santé des patients. Les Etats-Unis subissent aujourd'hui une crise majeure, et l'Europe reste sur ses gardes afin d'éviter un scénario similaire.

Le tramadol occupe une place particulière parmi cette classe : considéré comme un opioïde faible par l'Organisation Mondiale de la Santé, cela lui confère une législation et un accès moins contraignant que les opioïdes forts, alors même qu'il présente un profil de dépendance marqué. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé a restreint en mars 2020 ses conditions de prescription et de délivrance. Cependant, comme le montre notre questionnaire, peu de professionnels de santé semblent en être informés.

Nous verrons qu'il existe pourtant de nombreuses solutions pour lutter contre la dépendance et l'addiction aux opioïdes : tous les professionnels impliqués directement ou indirectement dans la prise en charge des patients peuvent jouer un rôle de prévention, et de nombreux outils et supports sont à leur disposition.

Au travers de notre enquête, nous avons souhaité estimer la connaissance qu'ont les professionnels de santé et les non-professionnels de santé sur le tramadol. Nous avons également souhaité estimer la consommation et la potentielle addiction des répondants. Enfin, des questions plus précises ont été posées uniquement aux professionnels de santé afin d'estimer leur connaissance des conditions de prescription et de délivrance, leur formation reçue, et le message qu'ils délivrent aux patients ainsi que l'attitude adoptée dans les situations d'addiction.

PARTIE I – GENERALITES SUR LES OPIOÏDES

A - Opiacés, opioïdes, de quoi parle-t-on ?

1 - Le pavot somnifère

Un opiacé est une substance produite à partir de l'opium. L'opium est un latex (liquide visqueux) qui s'écoule du pavot somnifère (*Papaver somniferum*), plante originaire d'Europe méridionale et d'Afrique du Nord, aujourd'hui principalement cultivée illégalement dans le « croissant d'or » (Iran, Afghanistan et Pakistan) et le « triangle d'or » (Birmanie, Laos, Thaïlande et Viêt Nam). (1,2)



Figure 1 : Illustration du fruit du pavot somnifère

La Figure 1 (3) nous montre la capsule ou fruit du pavot, d'où une incision permet d'obtenir l'opium. La Figure 2 présente le *Papaver somniferum* sous toutes ses formes : pistil avec étamines 1, étamines 2, pistil 3&4 capsule de fruits mûrs 5, graine 6.



Figure 2 : Illustration de différentes formes de *Papaver somniferum* (1)

Les opiacés sont donc des molécules dérivées de l’opium, obtenues naturellement ou par héli-synthèse (synthèse chimique réalisée à partir de composés naturels). Parmi les substances ayant des usages médicamenteux et naturellement présentes dans l’opium, on peut citer la morphine et la codéine. L’hydromorphone et l’oxycodone sont, quant à elles, des molécules produites par héli-synthèse à partir de l’opium.

Les opioïdes, eux, sont des substances qui ne répondent pas strictement à la définition des opiacés mais qui exercent tout de même une activité pharmacologique sur les récepteurs aux opiacés. Les effets seront donc similaires à ceux des opiacés sans pour autant qu’ils soient chimiquement apparentés. On peut citer dans les usages pharmaceutiques notamment la méthadone, utilisée pour la prise en charge de la dépendance aux opiacés ou le tramadol, largement utilisé pour la prise en charge de la douleur. Ainsi, les opiacés peuvent-être considérés comme un sous ensemble des opioïdes.

Les opioïdes médicamenteux sont aujourd’hui mondialement utilisés dans la prise en charge de la douleur, dans tous les champs de la santé et dans de nombreuses indications (douleurs aiguës post-opératoires, douleurs chroniques cancéreuses ou non, lombalgies, douleurs articulaires, etc.)

2 - Les différents opioïdes médicamenteux

Les antalgiques, c’est-à-dire les médicaments indiqués pour la prise en charge de la douleur, étaient jusqu’à récemment classés selon les trois paliers de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette classification a été modifiée : la dénomination a évolué, comme présenté dans le Tableau 1, ci-dessous.

Ancienne classification	Nouvelle classification	Liste des médicaments (DCI¹)	Indications
Palier I	Non opioïde	Paracétamol Tous les AINS ² Aspirine Nefopam	Douleurs faibles à modérées
Palier II	Opioïde faible	Tramadol Codéine Poudre d’opium Dihydrocodéine	Douleurs modérées à intenses

¹ Dénomination Commune Internationale

² Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

Ancienne classification	Nouvelle classification	Liste des médicaments (DCI)	Indications
Palier III	Opiïde fort	Oxycodone Morphine (<i>chlorhydrate et sulfate</i>) Nalbuphine Fentanyl Hydromorphone Tapentadol Méthadone Buprénorphine ³ Pethidine	Douleurs intenses et/ou rebelles

Tableau 1 : Liste des molécules commercialisées avec une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la prise en charge de la douleur (liste non exhaustive) (4,5)

3 - Propriétés pharmacologiques des opioïdes médicamenteux

Comme la majorité des molécules utilisées à visée thérapeutique, les opioïdes médicamenteux exercent leur activité par le biais de récepteurs sur lesquels ils se fixent et induisent une action pharmacologique aboutissant finalement à un effet thérapeutique.

On dénombre trois familles de récepteurs aux opiacés au niveau du système nerveux central et d'autres tissus. Ils induisent chacun des effets cliniques différents, détaillés dans le Tableau 2, non exhaustif.

Récepteur ►	Récepteurs μ (mu)	Récepteurs δ (delta)	Récepteurs κ (kappa)
▼ Symptôme			
Analgésie	+++	++	++
Dépression respiratoire	+++	++	
Constipation	++	++	+
Induction de la dépendance physique	+++		+
Myosis	++		+
Euphorie	+++		
Sédation	++		++
Dysphorie ⁴			+++

Tableau 2 : Symptômes induits par les récepteurs aux opioïdes (2,6)

³ Seules les formes à faible dosage ont une AMM dans la prise en charge de la douleur

⁴ Sentiment déplaisant d'inconfort émotionnel, à l'opposé de l'euphorie

On note que selon le type de récepteur, les effets induits ne sont pas les mêmes. L'analgésie est induite via les 3 récepteurs, et c'est le récepteur μ qui semble induire la majorité des effets. C'est d'ailleurs lui que l'on retrouvera comme cible privilégiée des molécules utilisées (voir Tableau 3).

Les molécules qui se fixent sur les récepteurs se différencient en deux catégories principales : les agonistes et les antagonistes. Un agoniste se fixe sur le récepteur et induit une activité pharmacologique entraînant un signe clinique, tandis qu'un antagoniste vient se fixer sur le récepteur mais ne produit pas d'effet. (7,8)

Le Tableau 3 reprend pour chaque molécule son action sur les différents récepteurs.

Récepteur ► ▼ Molécule	Récepteurs μ (mu)	Récepteurs δ (delta)	Récepteurs κ (kappa)
Morphine Oxycodone Codéine ⁵	Agoniste entier	Agoniste entier	Agoniste entier
Tramadol	Agoniste partiel	Agoniste partiel	Agoniste partiel
Fentanyl Rémifentanyl Sufentanyl Alfentanyl Hydromorphone	Agoniste entier	Agoniste entier	Agoniste entier
Buprénorphine	Agoniste partiel	Indéterminé	Antagoniste
Naloxone Naltrexone	Antagoniste	Antagoniste	Antagoniste

Tableau 3 : Activité des molécules sur les récepteurs aux opioïdes (7,8,10,11)

Un agoniste partiel, en opposition à un agoniste entier, exerce une activité pharmacologique partielle sur le récepteur. Les opioïdes peuvent entraîner une tolérance (encore appelée accoutumance) lors d'une consommation chronique. Elle correspond à la diminution de l'efficacité du traitement, nécessitant d'augmenter la posologie afin d'obtenir le même effet pharmacologique, et donc clinique. Cette propriété joue évidemment un rôle important dans les problèmes de dépendance et d'addiction aux opioïdes.

⁵ La codéine exerce son action majoritairement suite à sa transformation hépatique en morphine par le cytochrome CYP2D6 (9)

B - Le tramadol

1 - Présentation

Le tramadol est un antalgique classé parmi les opioïdes faibles. Il est largement répandu dans le monde entier pour la prise en charge des douleurs. Il a l'avantage d'être peu onéreux et semble présenter un profil de tolérance, a priori, meilleur que les opioïdes forts.

C'est un agoniste partiel des trois récepteurs aux opiacés, avec une affinité plus élevée pour les récepteurs μ , il ira ainsi s'y lier en priorité. D'autres mécanismes contribuent à son effet analgésique : il est inhibiteur de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la sérotonine, ce qui explique également ses effets pro-convulsivants et les syndromes sérotoninergiques qu'il peut causer. (11)

Exprimé en DDJ (doses définies journalières) par 100.000 habitants⁶, le tramadol est, en 2017, l'antalgique opioïde le plus consommé en France. Cependant, il comporte un certain nombre d'inconvénients, à commencer par les effets indésirables mais surtout l'addiction et la dépendance à ce dernier, que nous détaillerons par la suite. (12)

2 - Effets indésirables

Les effets indésirables dus au tramadol sont nombreux et décrits dans les RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) des médicaments contenant du tramadol. Cependant, on observe une importante variabilité interindividuelle de la fréquence et de la sévérité des symptômes.

Les fréquences indiquées sont standardisées et correspondent à celles utilisées dans toutes les RCP, à savoir : très fréquent $\geq 1/10$; fréquent : $\geq 1/100$ à $< 1/10$; peu fréquent : $\geq 1/1000$ à $< 1/100$; rare : $\geq 1/10\ 000$ à $< 1/1\ 000$; très rare : $< 1/10\ 000$; fréquence indéterminée : ne peut pas être estimée à partir des données disponibles.

Le Tableau 4 résume les effets indésirables liés aux antalgiques opioïdes et précise ceux qui sont plus spécifiques au tramadol.

Effet indésirable	Fréquence	Spécifique ou commun
Constipation	Très fréquent	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Nausées, vomissements	Fréquent	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Sédation	Fréquence indéterminée	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Somnolence	Fréquent	Commun à tous les antalgiques opioïdes

⁶ Au cours de ce travail, les chiffres de consommations seront présentés la majorité du temps en DDJ / 100.000 habitants. Les DDJ sont définies par l'OMS et sont un standard international qui permet de s'affranchir des différences de conditionnement, de dosage. Rapportées à 100.000 habitants, il est également possible de s'affranchir des différences de populations

Effet indésirable	Fréquence	Spécifique ou commun
Vertiges	Très fréquent	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Dépression respiratoire	Rare	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Rétention urinaire	Rare	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Prurit	Peu fréquent	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Dépendance	Fréquence indéterminée	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Syndrome de sevrage	Fréquence indéterminée	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Hyperhidrose ⁷	Fréquent	Commun à tous les antalgiques opioïdes
Crise convulsive	Rare	Spécifique au tramadol
Troubles visuels	Rare	Spécifique au tramadol
Syndrome sérotoninergique	Fréquence indéterminée	Spécifique au tramadol
Hyponatrémie	Fréquence indéterminée	Spécifique au tramadol
Hypoglycémie	Fréquence indéterminée	Spécifique au tramadol

Tableau 4 : Effets indésirables des opioïdes et leur fréquence (11,13,14)

Les effets indésirables des opioïdes de manière générale, et du tramadol plus spécifiquement, sont connus depuis longtemps, et la balance bénéfique / risque reste largement en faveur de l'utilisation de ces derniers. Cependant, certains effets indésirables nécessitent une attention particulière, et l'utilisation de plus en plus massive des opioïdes dans la médecine mais également de manière détournée pourrait venir modifier cette balance.

Les crises convulsives et les syndromes sérotoninergiques, caractérisés par une altération de l'état mental (confusion, délire, agitation), ainsi que des anomalies neuromusculaires (tremblements, frissons) et une hyperactivité du système autonome (tachycardie, diarrhée, hyperthermie, sudation) lors de la prise de tramadol sont assez fréquents. Selon les données de la FDA⁸, l'organisme américain de régulation des médicaments, sur plus de 30.000 déclarations d'effets indésirables liés au tramadol, ces crises et ces syndromes sont retrouvés dans respectivement 7% et 3% des cas. La majorité des crises convulsives surviennent chez les jeunes adultes consommant des doses supérieures à 1000mg par jour, alors que la posologie recommandée est de 50 à 100mg par prise et 400mg par 24 heures. (13)

Le tramadol est contre-indiqué en association avec un certain nombre de médicaments, notamment ceux abaissant le seuil épiléptogène, en cas d'épilepsie non contrôlée. Il est

⁷ *Transpiration excessive*

⁸ *Food and Drug Administration*

également en toute logique contre-indiqué en cas d'insuffisance respiratoire sévère puisqu'il s'agit d'un dépresseur respiratoire. (11)

La fréquence des effets indésirables lors de l'utilisation du tramadol augmente chez les populations âgées, et chez les insuffisants rénaux et / ou hépatiques. Ce phénomène s'explique par une élimination principalement rénale du tramadol (95%), et une importante métabolisation hépatique, détaillée au paragraphe suivant. (11,14)

3 – Métabolisme

Le tramadol est pharmacologiquement actif. Il subit diverses biotransformations dans le foie. La principale, via le cytochrome CYP2D6, aboutit à la formation d'un métabolite actif : le O-desmethyltramadol-M1, communément appelé M1. Dans une moindre mesure, le cytochrome CYP3A4 permet la formation du N-desmethyltramadol-M2, communément appelé le M2. Ces voies de métabolisations sont représentées sur la Figure 3.

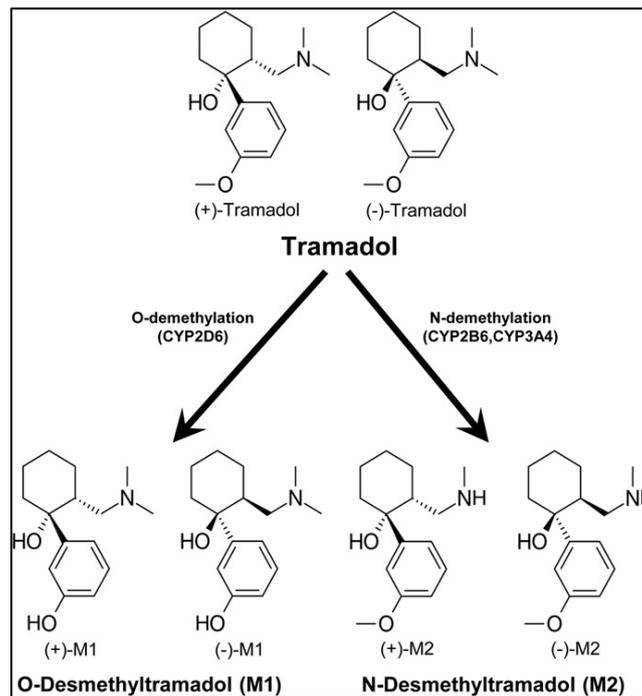


Figure 3 : Métabolisme du tramadol (15)

Le métabolite M1 est pharmacologiquement 200 à 300 fois plus puissant que le tramadol sur les récepteurs μ . Le métabolite M2 est lui pharmacologiquement inactif.

Ainsi, en cas de déficit ou de surexpression (on parle patients métaboliseurs lents, intermédiaires, rapides ou ultra-rapides) de l'enzyme CYP2D6, les effets dus à la prise de tramadol varient énormément. Les métaboliseurs ultra-rapides sur-expriment l'enzyme en question, ce qui, dans le cas du tramadol, induit un effet intense dès les faibles posologies. A l'inverse, les métaboliseurs lents, ne ressentiront que peu d'effet pour une même dose de tramadol administrée. On comprend donc aisément que certains patients tolèrent très bien la

prise de tramadol et ne ressentent aucun effet indésirable (métaboliseurs lents), l'inverse étant également vrai (métaboliseurs rapides ou ultra-rapides). Les études estiment qu'environ 7% de la population caucasienne⁹ présente un déficit en CYP2D6. Il est estimé, dans la population originaire d'Europe du Nord que le taux de métaboliseurs ultra-rapides est compris entre 1 et 2%, alors qu'il serait de 29% dans les populations d'origine africaine/éthiopienne (11). L'effet du tramadol est ainsi difficilement prévisible à l'échelle d'une population à moins de disposer de données précises, et encore moins à l'échelle d'un individu.

C - Qu'est-ce que l'addiction aux opioïdes ?

1 - Définition de l'addiction

Plusieurs définitions de l'addiction existent. Historiquement, le DSM¹⁰ est le manuel de référence de tous les troubles mentaux. Cependant, son objectivité, notamment suite à des conflits d'intérêts dévoilés concernant certains auteurs, est remise en question. L'OMS propose également une définition de l'addiction. (16)

a - L'American Psychiatric Association

L'APA, American Psychiatric Association, rédige et publie le DSM. Le DSM-5 est la 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publiée en 2013. Il utilise le terme de « troubles liés à une substance » qui a laissé place aux notions d'abus et de dépendance, présents dans le DSM-IV. (17)

Il indique 11 critères diagnostiques :

1. Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
2. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
3. Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
4. Augmentation de la tolérance au produit addictif
5. Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
6. Incapacité de remplir des obligations importantes
7. Usage même lorsqu'il y a un risque physique
8. Problèmes personnels ou sociaux
9. Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité

⁹ Personne de type euroïde, dont le squelette prouve qu'elle a des ascendances européennes

¹⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*

10. Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu

11. Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Le diagnostic d'addiction est ensuite réalisé selon l'échelle suivante :

Nombre de critères retrouvés	< 2	2 à 3	4 à 5	≥ 6
Niveau de l'addiction	Absence	Faible	Modérée	Sévère

L'avantage de cette définition est qu'elle permet de poser le diagnostic de troubles liés à une substance, mais permet également d'estimer la sévérité de ces derniers.

b - L'Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS élabore et publie la CIM : la Classification Internationale des Maladies. Elle est utilisée mondialement pour l'enregistrement des taux de morbidité et de mortalité en médecine. La France l'utilise notamment dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Les codes indications retenus et déclarés à l'Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation (ATIH) lors d'hospitalisations de patients sont directement issus de la CIM. (18)

La CIM actuellement en vigueur est la CIM-10, publiée pour la première fois en 1983 puis mise à jour dernièrement en 2008. Un travail d'actualisation a été mené et la dernière version, la CIM-11, soumise à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019, devrait entrer en application le 1er janvier 2022. (19,20)

Le chapitre V de la CIM-10 est consacré aux troubles mentaux et du comportement. Le bloc F10-F19 du chapitre V catégorise les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. La codification F11 correspond aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opioïdes. Ce niveau de codification ne distingue pas les opioïdes médicamenteux des opioïdes illicites. (19)

La CIM-10 donne également une définition du syndrome de dépendance, qui peut être associé à la codification citée ci-dessus : « Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique. Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psychoactive spécifique (par exemple le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple les substances opiacées), ou un ensemble plus vaste de substances psychoactives pharmacologiquement différentes. »

Enfin, l'OMS a dressé une liste de six manifestations. Elle indique qu'il faut rencontrer trois des manifestations de manière simultanée au cours de la dernière année afin d'établir un diagnostic de certitude du syndrome de dépendance. Ces manifestations sont listées ci-dessous :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance
3. Syndrome de sevrage quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive
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 (par exemple altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance)

c - Le National Institute on Drug Abuse

Le NIDA (National Institute on Drug Abuse), institut des Etats-Unis de la toxicomanie donne la définition suivante : « L'addiction est une affection chronique, caractérisée par la recherche et l'usage de drogues de manière compulsive ou difficile à contrôler, en dépit des conséquences nocives ». (21)

d - Synthèse

Parmi les trois définitions présentées, on peut retenir les caractéristiques suivantes pour définir une addiction :

- Le besoin compulsif de consommer (craving) ainsi que l'impossibilité de maîtriser sa consommation
- La poursuite de la consommation en dépit de la connaissance des conséquences néfastes
- Une emprise globale sur la vie du patient avec un retentissement psychologique pour lui comme son entourage
- La présence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt ou lors d'une diminution de dose
- Une rechute suite à un arrêt ou une tentative d'arrêt

2 - L'addiction aux opioïdes

Les opioïdes sont des substances à fort potentiel addictogène. Que ce soit dans la classification de l'OMS de 1971, le rapport Pelletier de 1978 ou le rapport Roques de 1998,

les opioïdes sont toujours classés comme créant une forte dépendance physique et psychique ainsi qu'une tolérance importante. (22)

L'addiction aux opioïdes naît dans la majorité des cas à la suite d'un usage médical. La frontière entre un usage « normal » et le mésusage (usage abusif ou détourné) n'est pas toujours évidente à percevoir. Dans le cas des antalgiques opioïdes, le mésusage correspond à une utilisation non conforme aux RCP, c'est à dire un usage pour une autre indication que les douleurs, ou à une posologie ou durée différente de celle préconisée, ou par une voie d'administration autre que celle indiquée. Ainsi, il existe certains outils, tels que l'échelle POMI (Prescription Opioid Misuse Index), présentée en Annexe 7, pour aider les professionnels à évaluer le niveau de mésusage des patients.

De plus, comme détaillé précédemment, il existe une importante variabilité interindividuelle de réponse aux opioïdes médicamenteux. Ainsi, certains patients ressentiront très rapidement les effets à une posologie, et d'autres auront besoin de posologies bien plus importantes pour un même effet. Il est donc difficile de prédire si une personne sera dépendante à une substance avant son instauration. En effet, une multiplicité de facteurs influence les risques de développer une addiction. En plus du questionnaire POMI, on peut citer l'échelle ORT (Opioid Risk Tool), présentée en Annexe 8, qui permet elle aussi d'évaluer le risque de mésusage avant une prescription d'opioïdes. (8)

On connaît cependant certains facteurs qui influent sur les probabilités d'addiction ou de dépendance aux opioïdes, par exemple : (21,23)

- Le sexe, le genre, le groupe ethnique
- L'âge d'initiation à la drogue
- Le caractère personnel : anxiété, caractère introverti ou avidité de sensations fortes
- Les antécédents de comorbidités psychiatriques
- L'environnement : familial, amical, la situation économique, le vécu d'un épisode d'agression physique ou d'abus sexuel

Plus spécifiquement pour les antalgiques opioïdes, on retrouve comme facteurs de risque de mésusage : (14)

- Avoir une prescription d'antalgiques opioïdes
- Avoir une analgie inadéquate
- Être un sujet jeune

Ainsi, on retrouve un usage problématique du tramadol principalement chez : les sportifs dans le cadre de conduites dopantes, les patients utilisant le tramadol dans le cadre du traitement de céphalées ou migraines. La prévalence de l'addiction (10-12%) et du mésusage (21-29%) est également importante chez les populations de patients ayant des douleurs chroniques. (14)

3 - Le syndrome de sevrage

Tous les médicaments antalgiques opioïdes (faibles ou forts) peuvent induire un syndrome de sevrage après une durée de traitement de quelques semaines à quelques mois. (14)

D'après l'OMS, un syndrome de sevrage est défini par un ensemble de symptômes de gravité variable, survenant lors de l'arrêt partiel ou complet d'une substance psychoactive consommée de façon prolongée. Le sevrage peut apparaître également lors de l'administration d'un antagoniste des opioïdes (comme la naloxone) après une utilisation d'opioïdes. (24)

Le syndrome de sevrage traduit la dépendance physique à une substance. Les manifestations sont diverses et dépendent de la substance concernée. Dans le cas des opioïdes, les symptômes les plus fréquents sont présentés ci-dessous :

- Rhinorrhée
- Larmoiements
- Humeur dysphorique
- Douleurs musculaires
- Nausées, vomissements
- Piloérection
- Transpiration
- Mydriase
- Diarrhée
- Bâillement
- Fièvre
- Insomnie

Les symptômes aigus de sevrage se résolvent après quelques jours. La piloérection et la fièvre sont associés à un sevrage sévère. Certains symptômes peuvent perdurer plusieurs semaines voire plusieurs mois (anxiété, dysphorie, anhédonie¹¹ et insomnie). En plus des signes cliniques détaillés ci-dessus, il existe une recherche compulsive d'utilisation de la substance qui est très marquée et persiste même après la diminution des symptômes physiques.

Le délai d'apparition des symptômes est directement lié à la demi-vie de l'opioïde incriminé. Par exemple, la méthadone, qui possède une demi-vie de 96h, provoque les symptômes en général au bout de 96h. Les demi-vies des différents opioïdes sont détaillées dans le Tableau 5. (25)

Molécule		Temps de $\frac{1}{2}$ vie ¹² (h)	Washout ¹³ (h)
Tramadol	<i>En population générale</i>	5 - 7	25 - 49
	<i>Sujets > 75 ans</i>	7 - 10	45 - 70
	<i>Sujets insuffisants rénaux</i>	12	60 - 84
Codéine		2 - 4	10 - 28

¹¹ Perte de la capacité à ressentir du plaisir

¹² Le temps de demi-vie correspond à la diminution de moitié de la concentration de la substance dans l'organisme

¹³ Temps nécessaire pour éliminer totalement la substance de l'organisme, soit 5 à 7 temps de demi-vie

Molécule	Temps de ½ vie ¹² (h)	Washout ¹³ (h)
Fentanyl	11 – 25	55 – 175
Oxycodone	4 – 6	20 - 42

Tableau 5 : Temps de demi-vie des opioïdes (11,13,14,25)

D - Etat des lieux des consommations et des addictions

1 - Dans le monde

Il est difficile d'avoir une idée précise des consommations mondiales d'opioïdes médicamenteux tant les systèmes de santé et de recueil de données sont différents d'un pays à l'autre. Cependant, dans son rapport de 2018, l'ONUDC (Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime) s'inquiète de l'usage non médical de médicaments de prescription qui « représente une grave menace à l'échelle mondiale », avec des spécificités selon les régions, comme présenté en Figure 4. Elle indique qu'en Afrique de l'Ouest, et du Nord, au Proche et Moyen-Orient, une augmentation rapide de l'usage du tramadol à des fins non médicales est à relever. (26)

On note que l'Amérique du Nord est principalement concernée par les opioïdes forts, notamment le fentanyl et ses nombreux dérivés. A l'inverse, l'Afrique fait face à une vague importante de mésusage du tramadol. (27)

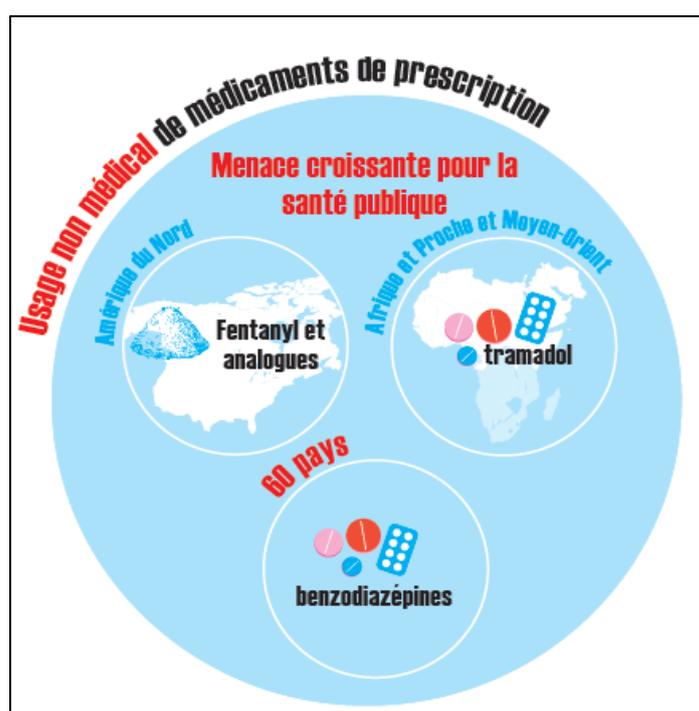


Figure 4 : Usage non médical des médicaments de prescription dans le monde (26)

La Figure 5 présente la comparaison des taux de décès dus aux overdoses d'opioïdes, entre 1990 et 2017. A quelques exceptions près, on observe une augmentation mondiale du taux, particulièrement localisée dans certaines régions : Amérique du Nord, Europe du Nord et de l'Est, Afrique du Nord et Moyen-Orient.

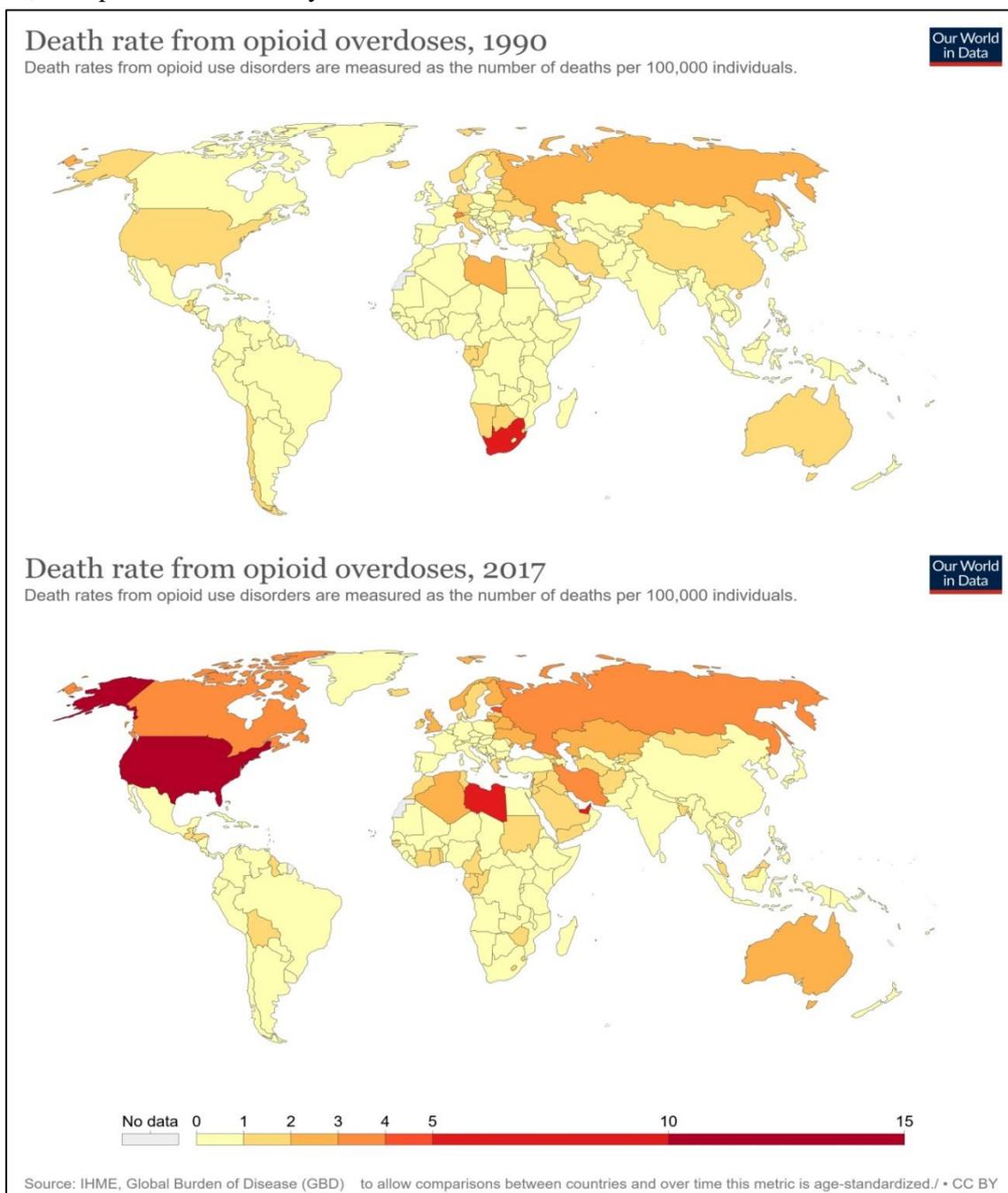


Figure 5 : Taux de décès dus aux overdoses d'opioïdes en 1990 et 2017 (28)

En Afrique, notamment au Togo, la situation est dramatique : le trafic de tramadol explose, et la prévalence du mésusage semble très importante. De nombreuses personnes consomment du tramadol au quotidien, et nombreux sont ceux à vanter ses effets (sensation de bien-être, décompression, etc.). (27)

L'ONU DC indique dans son rapport mondial sur les drogues de 2018, le dernier en date, que le tramadol est une double menace pour les pays en voie de développement, et exige une attention accrue. Ces pays, aux systèmes de santé fragiles, sont parfois confrontés à un manque de traitements antalgiques pour l'usage médical, alors même que l'offre illicite (parfois pour les mêmes molécules) ne fait qu'y augmenter. (26)

2 - Aux Etats-Unis

Les Etats-Unis font face depuis près de vingt ans à une crise sans précédent, qui a débuté dans les années 2000. Cette crise s'est installée pour deux raisons principales : d'une part, une meilleure prise en charge de la douleur, entraînant une augmentation des prescriptions d'antalgiques opioïdes pour de multiples indications, notamment les douleurs non cancéreuses. D'autre part et de manière concomitante, un important et puissant lobbying de l'industrie pharmaceutique, se déclinant sous de multiples formes : présentation auprès des prescripteurs des opioïdes sous un jour très favorable, incitation à la prescription, récompenses des médecins en monétaire ou sous forme de cadeaux, campagnes publicitaires au grand public sur l'amélioration de la qualité de vie des patients ayant des douleurs chroniques, dissimulation des risques de dépendance et d'addiction, etc. (29,30)

Aux Etats-Unis, le nombre de mésusages annuels rapportés au National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) pour le tramadol est estimé à environ 1,7 million par an, sur la période 2015-2017 (31). L'accès facilité aux opioïdes depuis une forte augmentation des prescriptions a créé une génération de patients dépendants aux opioïdes, parfois simplement à l'issue d'une hospitalisation pour des pathologies simples ou des accidents bénins. De nombreux patients ressortent dépendants et se tournent alors vers le marché illégal. Tous ces usages mènent les patients à utiliser des doses de plus en plus importantes, des molécules de plus en plus puissantes, dont l'issue est malheureusement souvent fatale. (30,32)

Il faut aussi noter le changement des usages avec la démocratisation de la vente illicite en ligne de nombreuses drogues, rendant leur accès facile et rapide, comme l'illustre très bien la série télévisée « How To Sell Drugs Online Fast ». (33)

On comptabilise aujourd'hui plus de 500.000 décès dus aux overdoses aux Etats-Unis sur les 20 dernières années, dont au moins 450.000 seraient liés à un opioïde (34,35). Rien que dans l'année 2016, 63 632 personnes sont décédées d'une overdose aux Etats-Unis, chiffre historique et montrant une augmentation de 21% par rapport à 2015 (26). En 2017, ils seraient entre 47 000 et 72.000 (3,30). Le nombre de décès atteindrait 93.000 en 2020 (36).

On observe très nettement sur la Figure 6 l'augmentation fulgurante, particulièrement sur les dernières années, du nombre d'overdoses dues aux opioïdes aux Etats-Unis.

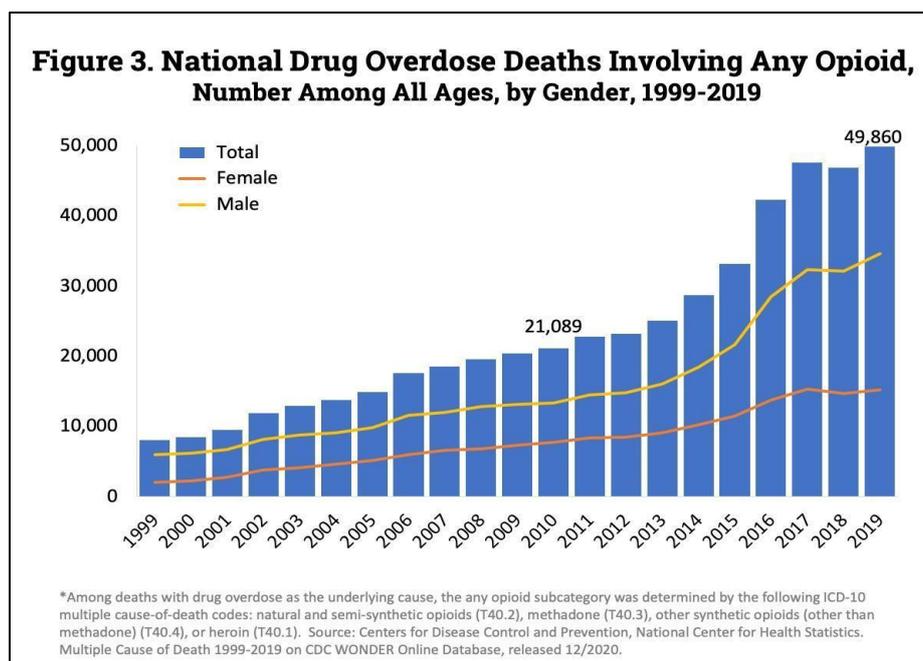


Figure 6 : Nombre annuel de décès par overdoses impliquant un opioïde, CDC Wonder

Les laboratoires pharmaceutiques, tenus pour principaux responsables de cette crise, font face aujourd'hui à de nombreux recours juridiques et ont déjà pour certains été condamnés à verser des sommes importantes aux collectivités au titre du préjudice causé. Quatre laboratoires ont présenté en juillet 2021 un accord dit historique de 26 milliards de dollars dans l'objectif de solder les litiges en cours. (3,35)

La situation a pris une telle ampleur, et les overdoses sont devenues tellement courantes qu'il a fallu, dans certaines municipalités, former l'intégralité des forces de l'ordre à l'administration de la naloxone, antidote des overdoses. (32)

Donald Trump déclare alors la crise des opioïdes comme une urgence en octobre 2017, mais n'a pas semblé pour autant tenir les laboratoires pharmaceutiques comme responsables et a préféré stigmatiser les communautés hispaniques lors de déclarations publiques. Les fonds à destination des centres de prise en charge de patients ne semblent pas arriver (30,32). Son successeur, Joe Biden, a décidé dès l'année de son investiture de débloquer des fonds pour mettre un terme à cette crise, ainsi que de favoriser l'accès à la buprénorphine, traitement de substitution aux addictions déjà utilisé dans de nombreux pays. (36,37)

Pour la première fois depuis des décennies, l'espérance de vie recule aux Etats-Unis. (30)

3 - En Europe

Le rapport approfondi publié par l'ANSM en 2019 (12), fait l'état des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes, ainsi que leurs usages problématiques. L'ANSM y compare 7 pays : France, Allemagne, Danemark, Italie, Espagne, Royaume-Uni et Suède, en se basant sur les quantités consommées converties en DDJ / 1000 habitants / jour.

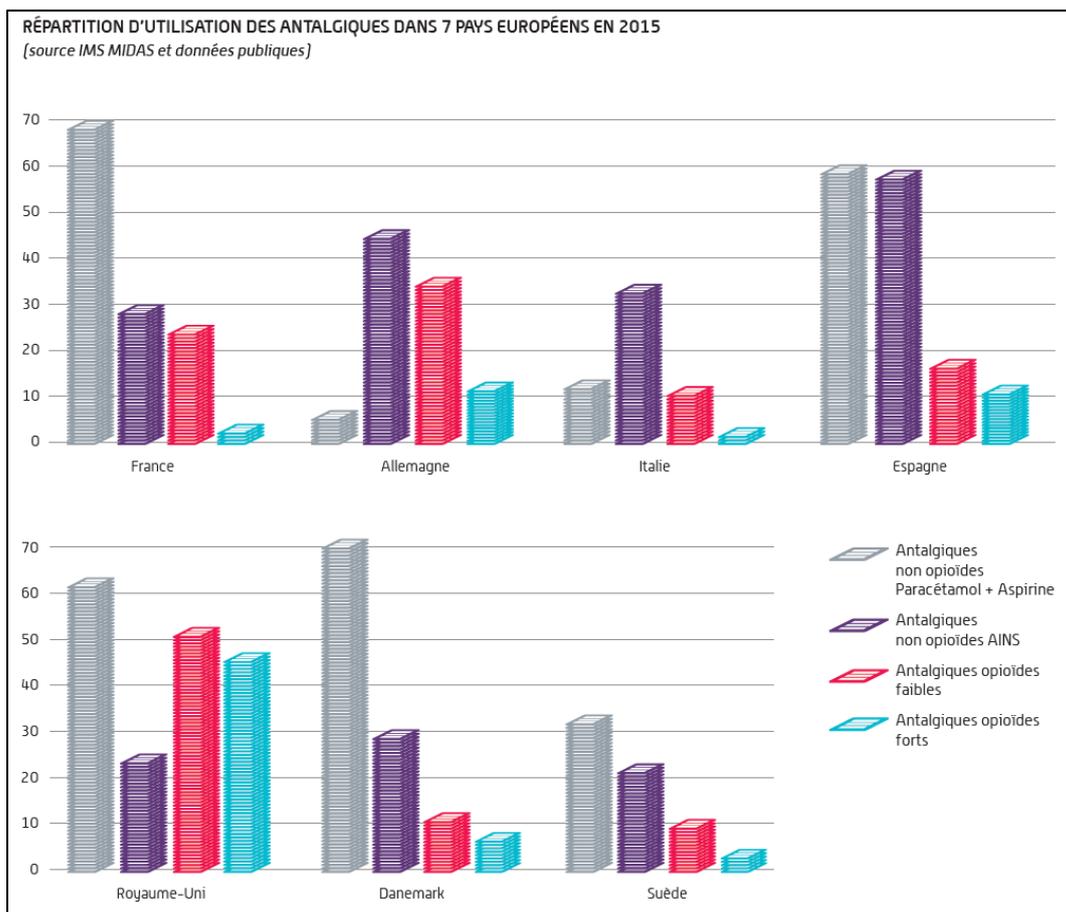


Figure 7 : Consommations d'antalgiques dans 7 pays d'Europe en 2015 (12)

Concernant la totalité des antalgiques, en 2015 l'Espagne et le Royaume-Uni ont une forte consommation globale, laissant la France tout de même en 3^{ème} position. La France se trouve au deuxième rang des consommateurs d'antalgiques non opioïdes, juste derrière le Danemark. Enfin, elle se classe 3^{ème} derrière l'Allemagne et le Royaume-Uni pour les opioïdes faibles et 6^{ème} pour les opioïdes forts. On note bien la grande disparité au sein même du continent européen. (12)

Dans l'Union Européenne, c'est l'OEDT¹⁴ (appelé EMCDDA¹⁵ en anglais) qui émet chaque année un rapport européen sur les drogues (38). Le rapport de 2021 fait état de plus d'un million d'utilisateurs problématiques d'opioïdes (médicamenteux et non médicamenteux). Même si l'Europe semble épargnée pour le moment par la crise opioïde américaine, plusieurs signaux sont à prendre en compte, notamment :

- Une augmentation dans certains pays des décès dus à l'usage d'héroïne, de morphine ou de méthadone
- Les décès par overdose, toutes substances confondues, sont en augmentation depuis 2012, et particulièrement chez les plus de 50 ans

¹⁴ Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies

¹⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Dans un article de l'OEDT, il est rapporté au niveau européen une augmentation de 15% de morts par overdoses entre 2014 et 2018. Cependant, seuls quelques pays concentrent cette augmentation, comme la Grande-Bretagne et les pays d'Europe du Nord, qui sont les plus touchés par les décès dus aux opioïdes, comme le montre la Figure 8. (34,39)

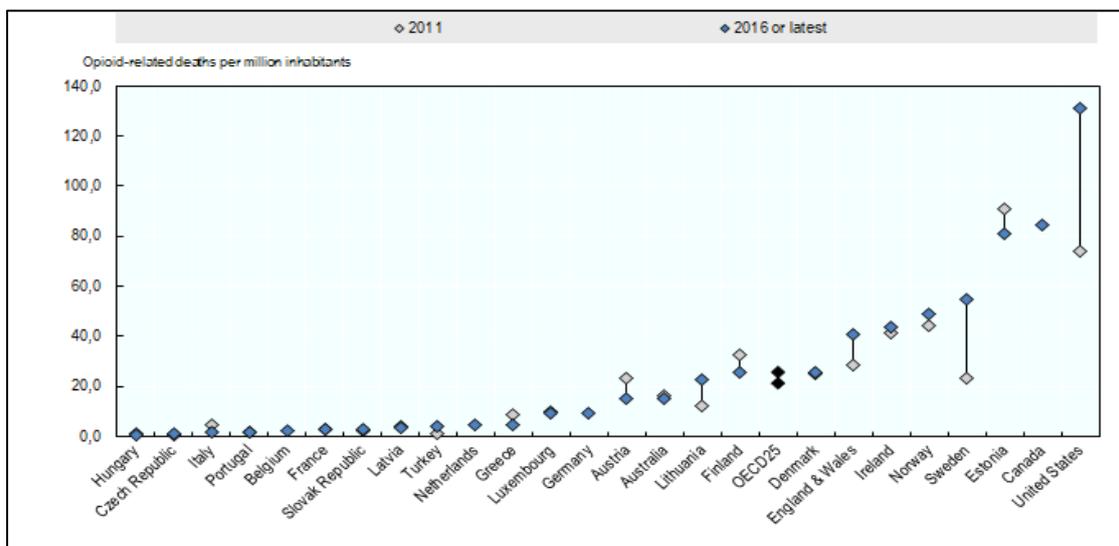


Figure 8 : Nombre de décès liés aux opioïdes par pays par million d'habitants, 2011 et 2016 (39)

Ce nombre de décès est à l'image des taux de prescriptions d'opioïdes présentés par le rapport « Panorama de la santé » de la commission Européenne, et présentés sur la Figure 9.

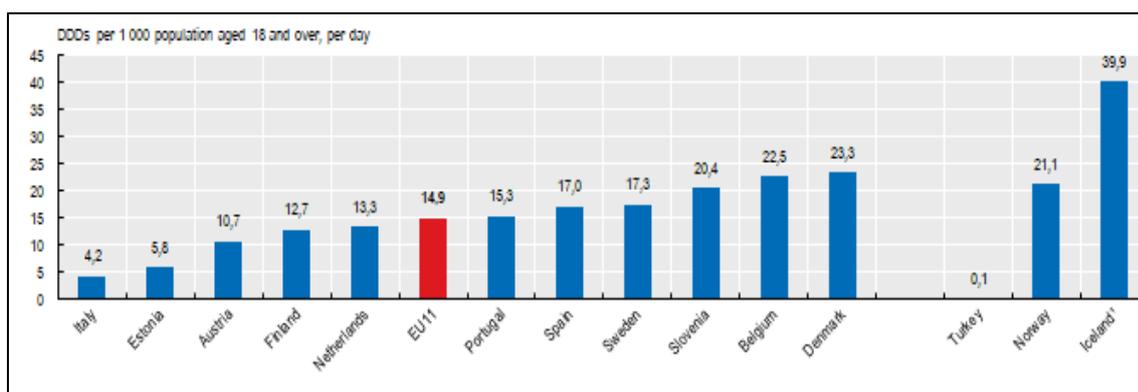


Figure 9 : Volume d'opioïdes prescrits en ville en DDJ pour 1.000 habitants de plus de 18 ans (40)

La situation est donc loin d'être aussi dramatique qu'aux Etats-Unis. Alors que dans l'Union Européenne, le taux calculé de décès par overdoses est de 22,3 par million d'habitants de 15 à 64 ans en 2018, il est de 207 aux Etats-Unis la même année. Dans l'article « Is Europe facing an opioid epidemic », les auteurs rapportent que la population la plus touchée est masculine, avec un taux 4 fois supérieur à la population féminine, et la tranche d'âge la plus représentée est celle de 35 à 44 ans.

Le problème des opioïdes est assez complexe à saisir, avec l'émergence de nombreuses substances analogues du fentanyl par exemple, et il est possible que les systèmes de

surveillance actuels ne saisissent pas l'importance et la complexité du problème. Une approche par classe plutôt que par molécule pourrait résoudre ce problème et est recommandée par les auteurs de l'article. Enfin, les auteurs indiquent que le tramadol, même si responsable de peu de décès par overdose, semble jouer une place de plus en plus importante dans cette problématique : en 2017, 185 décès dus au tramadol ont été déclarés en Angleterre et Pays de Galles, 40 en Espagne, 37 en France et 20 en Finlande. (34)

La consommation d'opioïdes a constitué le principal problème lié aux opioïdes dans de nombreux pays européens sur les 4 dernières décennies. La consommation d'héroïne a longtemps été la principale problématique, cependant la consommation d'autres opioïdes est en augmentation. En Estonie, en 2015, plus de la moitié des patients sous traitement le sont pour une dépendance au fentanyl, et en Tchéquie et Finlande pour la buprénorphine.

La mortalité directement ou indirectement liée à la consommation d'opioïdes est une cause majeure de décès prématurés évitables chez les adultes européens, avec une estimation des décès à 7000 chaque année. (41)

4 - En France

En France, au cours de l'année 2015, on estime que près de 10 millions de français (soit 15% de la population à cette époque) ont eu une prescription d'opioïdes. Que l'on utilise les données de consommation d'antalgiques opioïdes en ville ou à l'hôpital, toutes montrent une augmentation des consommations ces dernières années. (4,12)

L'inquiétude sur les risques d'une crise en France naît au début des années 2010 suite au constat de l'ampleur de la crise outre-Atlantique. De nombreuses enquêtes épidémiologiques sont alors mises en place par l'ANSM et confiées aux différents Centre Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV). Ces enquêtes ont apporté depuis les dernières années de nombreuses données parfois très précises. Le détail de toutes les enquêtes est présenté en Annexe 9. (14,42)

On peut relever un certain nombre de faits grâce à ces enquêtes :

- Selon l'enquête DTA¹⁶ de 2019, la substance la plus impliquée dans les décès toxiques par antalgiques en 2019 a été le tramadol avec 62 décès. Elle est la première substance depuis 2013 (43)
- Selon l'enquête OPPIDUM¹⁷ de 2019, le tramadol a fortement augmenté dans les consommations de médicaments antalgiques, passant devant l'oxycodone et la codéine (44)
- Selon l'enquête DRAMES¹⁸ de 2019, les décès impliquant le tramadol sont en augmentation depuis les 5 dernières années (45)

¹⁶ *Décès Toxiques par Antalgiques*

¹⁷ *Observation des Produits Psychotropes Illicites et Détournées de leur Utilisation Médicamentuse*

¹⁸ *Décès en Relations avec l'Abus de Médicaments et de Substances*

- Selon l'enquête OPEMA¹⁹ de 2015, parmi les opioïdes (hors traitements substitutifs), le tramadol est le plus consommé (46)
- Selon l'enquête OSIAP²⁰ de 2019, le tramadol est la 4^{ème} substance retrouvée dans les ordonnances suspectes. Si le taux d'ordonnances suspectes est en baisse pour de nombreuses substances, le taux est constant sur la période 2016-2020 pour le tramadol (47)
- Le taux de notification d'intoxication aux antalgiques opioïdes dans la banque nationale de pharmacovigilance est passé de 44,2/10.000 en 2005 à 87,4/10.000 en 2016 (12)

Il faut cependant manier ces chiffres avec précaution car il s'agit dans ces enquêtes de déclarations volontaires par des toxicologues, experts judiciaires, pharmaciens d'officine ou médecins généralistes. Il s'agit donc uniquement de déclaratif, et ces tendances pourraient être sous ou surestimées.

Dans sa feuille de route 2019-2022 sur la prévention et l'action face aux surdoses d'opioïdes, le Ministère des Solidarités et de la Santé fait également le constat d'une consommation d'opioïdes antalgiques en hausse. Il relève qu'un million de Français ont eu au moins une délivrance d'antalgique opioïde fort sur l'année 2017. (48)

En 2017, en France, l'antalgique opioïde le plus consommé est le tramadol, comme le montre la Figure 10, extraite du rapport de l'ANSM. (12)

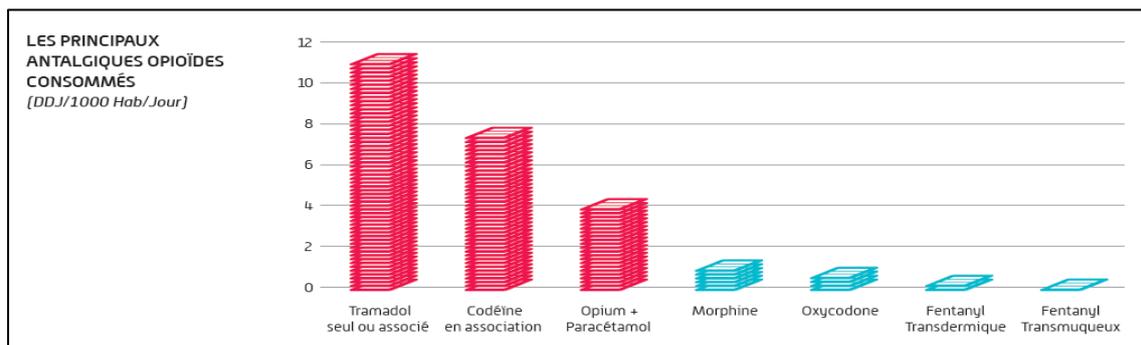


Figure 10 : Consommation en DDJ par 1000 habitants des principaux antalgiques opioïdes en 2016 en France (12)

Le rapport de l'ANSM suit également l'évolution des consommations entre 2006 et 2017, présentée sur la Figure 11. On note une progression importante de la part des antalgiques non opioïdes, au profit des opioïdes faibles.

A cette analyse il faut ajouter l'impact du retrait du marché du dextropropoxyphène (opioïde faible) en 2010. L'impact s'observe sur les années 2010 et 2011. Parmi les anciens patients consommateurs de dextropropoxyphène, 74% n'avaient plus consommé d'antalgiques pendant 6 mois après l'arrêt, et la majorité de ceux qui ont repris un antalgique par la suite ont reçu un antalgique non opioïde ou un opioïde faible. (12)

¹⁹ Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire

²⁰ Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possibles

On peut également constater que les consommations d'opioïdes forts, bien que minimes comparées aux autres classes, ont progressé de 45% sur cette même période.

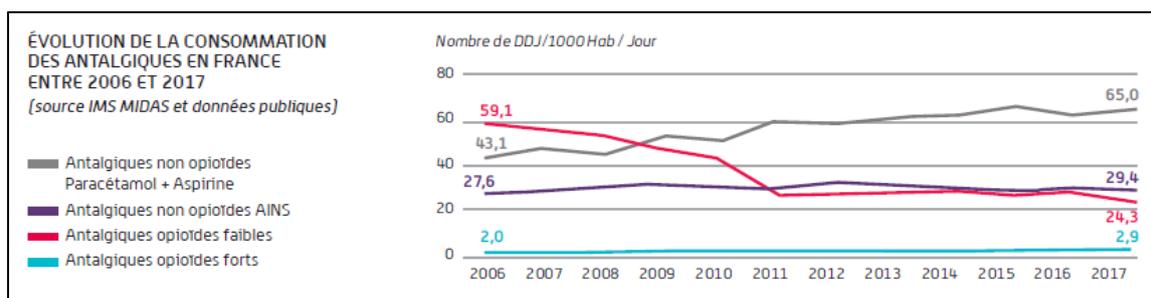


Figure 11 : Evolution des consommations d'antalgiques en France entre 2006 et 2017 (12)

Enfin, comme l'indique l'ANSM, même si la consommation globale du tramadol semble se stabiliser depuis 2013 en ville, celle du tramadol seul est en constante augmentation alors même que celle du tramadol en association tend à diminuer, comme le montre la Figure 12.

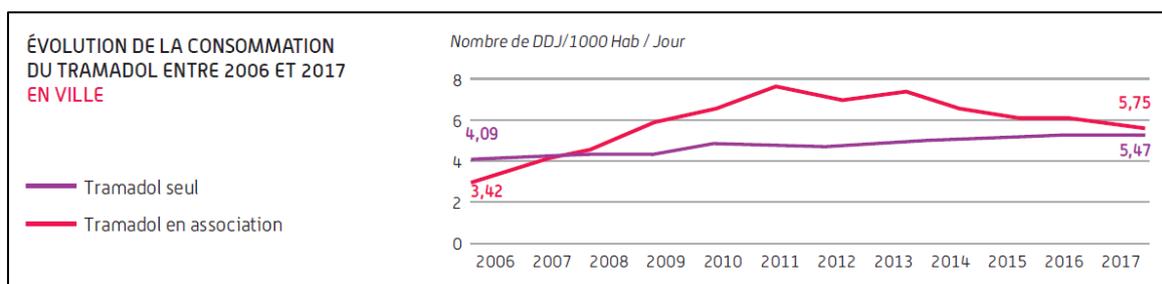


Figure 12 : Evolution de la consommation de tramadol en ville entre 2006 et 2017 (12)

Malgré ces données de consommations, de nombreuses différences dans nos sociétés semblent nous prémunir d'une crise de la même ampleur qu'aux États-Unis, à savoir :

- Un contrôle strict de la prescription, détention, administration des stupéfiants²¹ (49)
 - Ordonnance sécurisée obligatoire
 - Rédaction des posologies en toutes lettres
 - Tenue d'un registre des stupéfiants par les pharmacies
 - Lieux de stockage des stupéfiants sécurisés
 - Dispensation uniquement par un pharmacien
 - Durée de dispensation limitée
 - Délai de présentation de l'ordonnance à la pharmacie pour récupérer l'intégralité du traitement
 - Chevauchement des prescriptions interdit
 - En hospitalisation, traçabilité des administrations obligatoire
 - Destruction contrôlée et réglementée

²¹ Tous les opioïdes forts sont soumis à la réglementation des stupéfiants à ce jour

- La publicité auprès du grand public sur les médicaments à prescription médicale obligatoire est interdite en France²² (50)
- Un lobbying des laboratoires pharmaceutiques encadré, notamment via l'obligation de déclaration de tout avantage offert aux professionnels de santé à travers de nombreuses contraintes réglementaires
 - Loi n° 93-121 du 27/01/1993
 - Article L4113-6 du Code de la Santé Publique (CSP)
 - Loi n° 2002-303 du 04/03/2002
 - Article R4235-3 du CSP
- Un puissant réseau de centres de pharmacodépendance-addictovigilance coordonné au niveau national par l'ANSM (42,51)

On constate depuis quelques années en France une stabilisation de la répartition et des consommations d'antalgiques en France. Cependant, on note de manière concomitante une augmentation des mésusages, des usages illicites, et donc de leurs conséquences sur la santé des Français.

Ce sont toutes ces données qui ont conduit l'ANSM, début 2020, à limiter la durée de prescription et de délivrance du tramadol à 3 mois maximum, contre 1 an auparavant. (52,53)

5 - En Centre-Val de Loire

Grâce à sa collecte annuelle de données de consommation des établissements de la région, l'OMÉDIT²³ Centre-Val de Loire, structure régionale placée sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire, peut suivre de manière précise les consommations de médicaments dits « intra-GHS²⁴ », c'est à dire dont les consommations ne sont pas comptabilisées et déclarées à l'Assurance Maladie, à l'instar des médicaments dits « hors-GHS » ou « hors-T2A²⁵ », qui eux sont suivis de très près et dont l'Assurance Maladie connaît parfaitement les consommations précises. Ainsi, les données ont été recueillies pour tous les établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la région.

Elles contiennent entre autres le code UCD²⁶ du médicament, la quantité consommée par type d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, réanimation, EHPAD²⁷, etc.) et de nombreuses autres informations.

Les données présentées dans cette partie prennent en compte uniquement les médicaments des classes ATC²⁸ N01 et N02, excluant *de facto* les anti-inflammatoires non stéroïdiens, ainsi que les gaz médicaux utilisés dans la prise en charge antalgique.

²² Tous les opioïdes forts sont des médicaments à prescription médicale obligatoire

²³ Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

²⁴ Groupe Homogène de Séjour

²⁵ Tarification à l'Activité

²⁶ Unité Commune de Dispensation, correspondant à la plus petite unité indivisible de médicament

²⁷ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

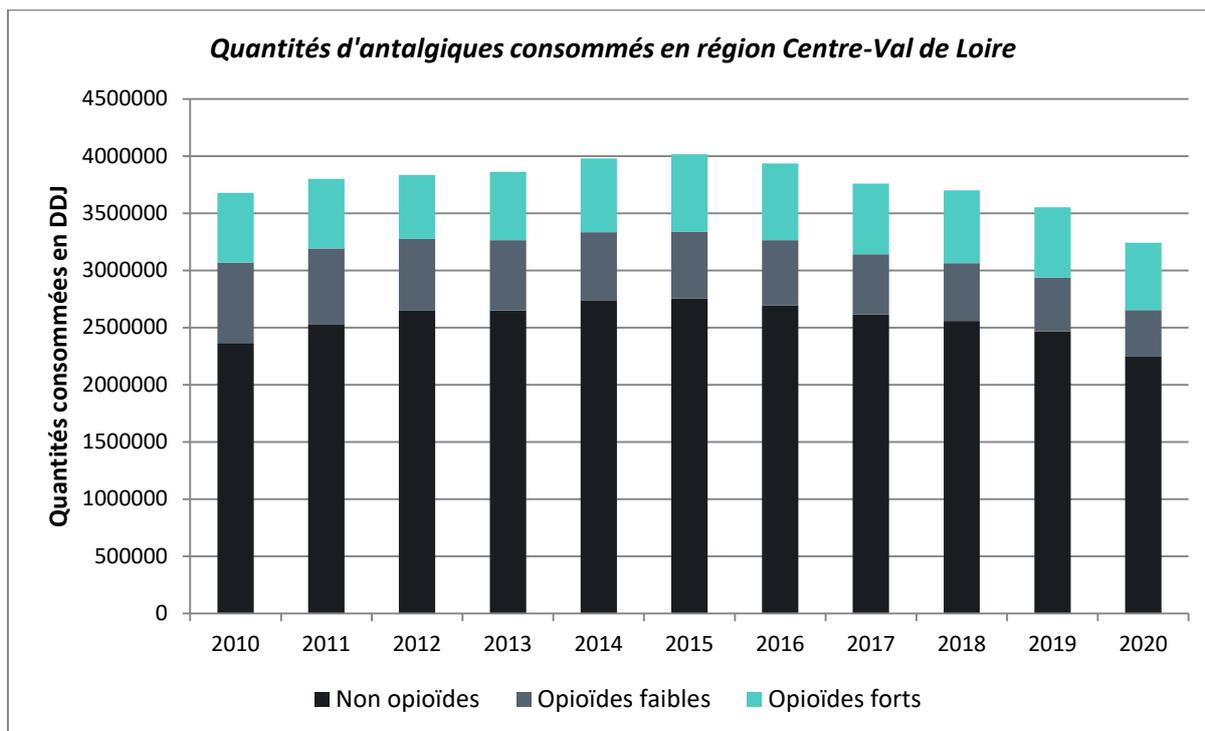


Figure 13 : Quantités d'antalgiques consommés en région Centre-Val de Loire toutes classes confondues, 2010-2020, établissements MCO,

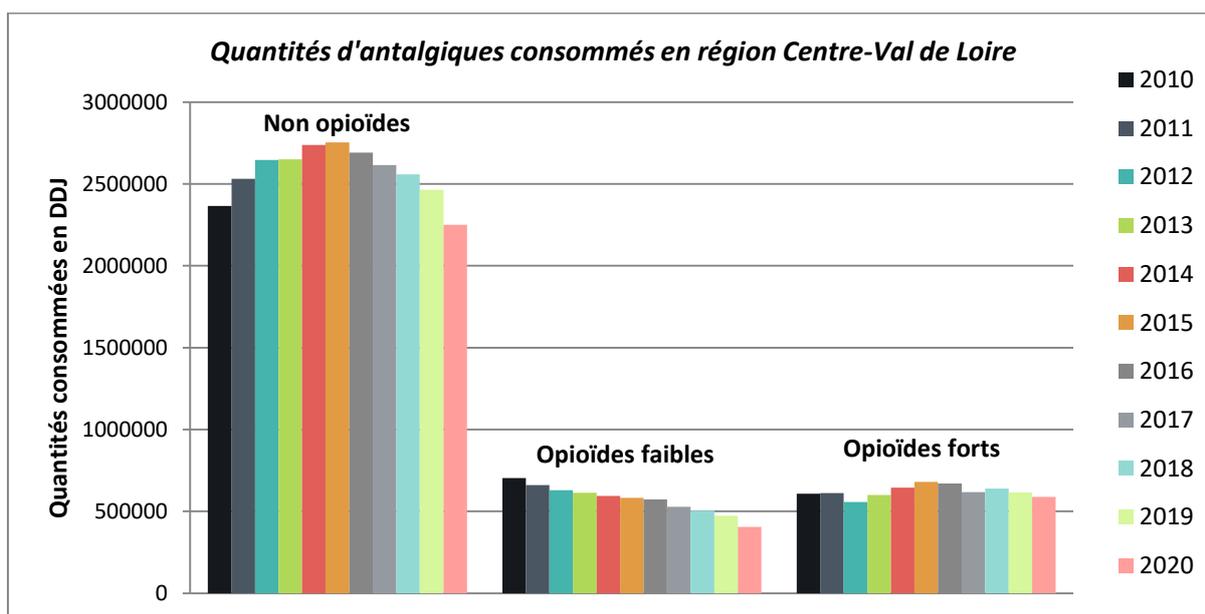


Figure 14 : Quantités d'antalgiques consommés en région Centre-Val de Loire par classe opioïde, 2010-2020, établissements MCO

La Figure 13 et la Figure 14 présentent les quantités consommées dans les établissements MCO de la région, tous services confondus. Après une augmentation sur la première partie de la décennie, on note une diminution depuis quelques années des consommations d'antalgiques. Cette diminution est plus marquée pour les antalgiques opioïdes faibles (qui

²⁸ Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique

n'ont fait que décroître depuis 2010) et non opioïdes, et également sur l'année 2020. Il faut cependant interpréter avec précaution les données de l'année 2020, cette année étant atypique du fait de la pandémie de SARS-CoV-2.

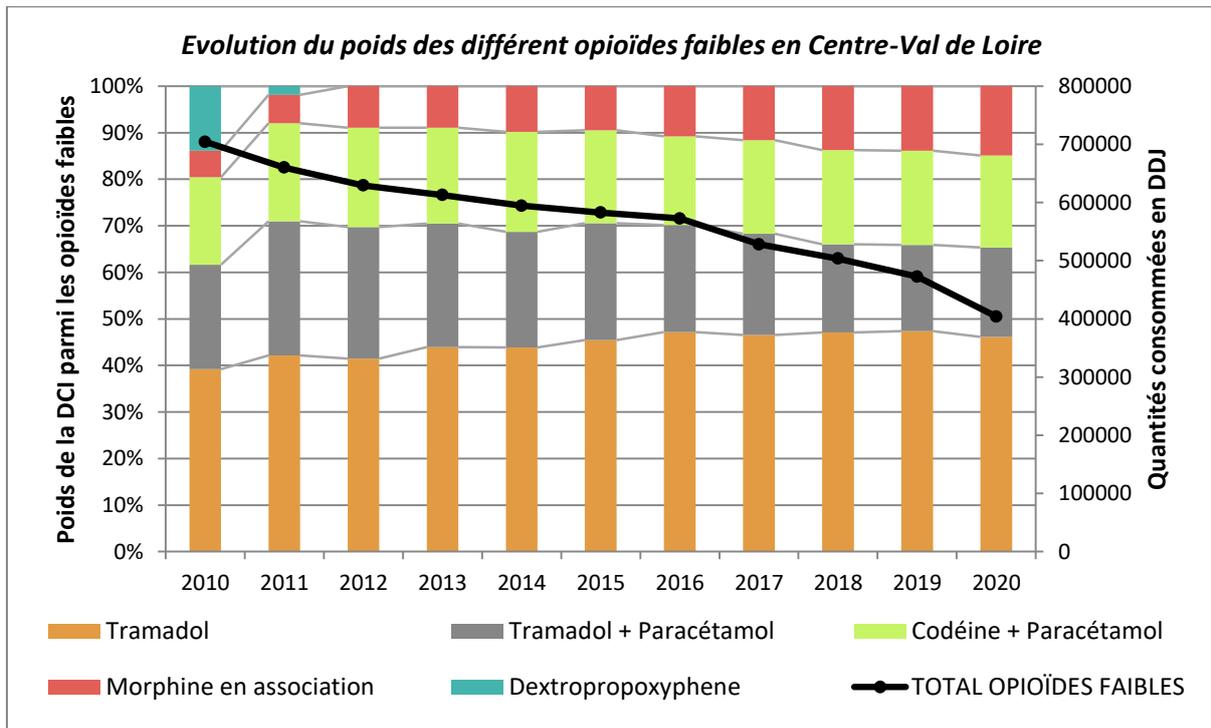


Figure 15 : Evolution du poids des différents opioïdes faibles en Centre-Val de Loire, 2010-2020, établissements MCO

La Figure 15²⁹ présente la répartition de l'utilisation des antalgiques opioïdes faibles uniquement, détaillés par DCI. On note que le tramadol (seul et en association) représente 65% des consommations d'opioïdes faibles dans la région, avec une légère diminution depuis les dernières années, au profit de la morphine en association (poudre d'opium). Enfin, on note une stabilité du poids de l'association codéine / paracétamol.

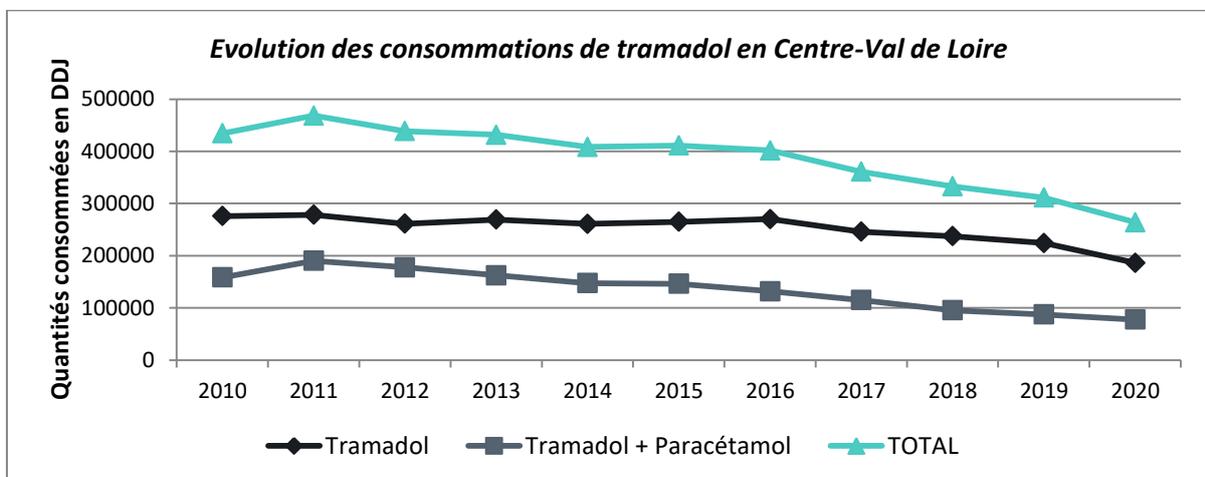


Figure 16 : Evolution des consommations de tramadol en Centre-Val de Loire, 2010-2020, établissements MCO

²⁹ La catégorie « Morphine en association » correspond à la poudre d'opium en association. Cette catégorie est représentée par trois spécialités : Lamaline® (forme suppositoires et gélules) et Izalgi®

La Figure 16 montre uniquement les consommations de spécialités contenant du tramadol. Après une stabilisation autour des années 2014-2015, on observe une diminution constante de la consommation de tramadol, qu'il soit consommé seul ou en association.

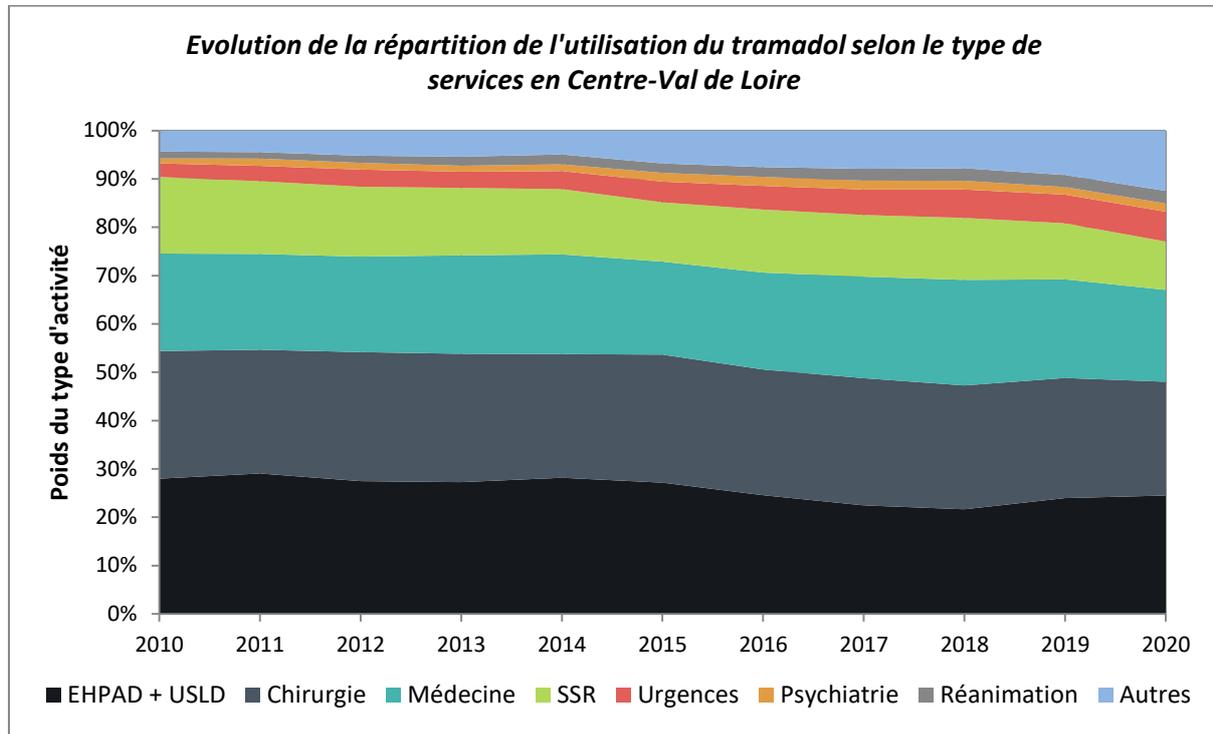


Figure 17 : Evolution des consommations de tramadol selon le type de services en Centre-Val de Loire, 2010-2020

La Figure 17 montre l'évolution de la répartition selon le type de services. Trois types de services concentrent à eux les 2/3 des consommations de tramadol : les services d'EHPAD et d'USLD³⁰, de chirurgie et de médecine. Même si la tendance globale est à la baisse, on note une augmentation des consommations dans de nouveaux services : urgences, réanimation et autres (regroupant notamment la pédiatrie, la gynécologie et la dialyse).

Les données présentées ici pour la région Centre-Val de Loire montrent un léger décalage avec les données présentées dans le rapport de l'ANSM au niveau national. Premièrement, le champ des données est différent : si l'ANSM recueille les données de vente, concernant ainsi le secteur de la ville et de l'hôpital, les données de l'OMÉDIT ne montrent que les consommations à l'hôpital, dans les établissements MCO.

Une caractéristique ressort cependant, au niveau régional comme national : après une augmentation dans la première moitié de la décennie, les consommations semblent à minima se stabiliser voire diminuer, particulièrement en Centre-Val de Loire. Il faut espérer que les efforts entrepris pour une plus juste utilisation des antalgiques auront une répercussion à terme sur les prescriptions et consommations en ville, et sur les addictions.

³⁰ Unité de Soins de Longue Durée

E - Quelles sont les conséquences de l'addiction aux opioïdes

On estime le nombre d'usagers problématiques d'opioïdes en France entre 200 000 et 270 000 personnes. Les conséquences sont nombreuses et variées et leur ampleur dépend fortement des mesures mises en place par la société pour les atténuer ou les prévenir. (4)

Débutant par de simples effets indésirables (constipation, nausées) pour les conséquences les moins importantes, on peut observer des syndromes de sevrage en cas d'absence de prise, ou une dépression respiratoire, pouvant conduire au décès par overdose dans les situations les plus dramatiques. Les patients qui ont une addiction au tramadol ont un risque élevé de crises convulsives et de syndrome sérotoninergique. (13)

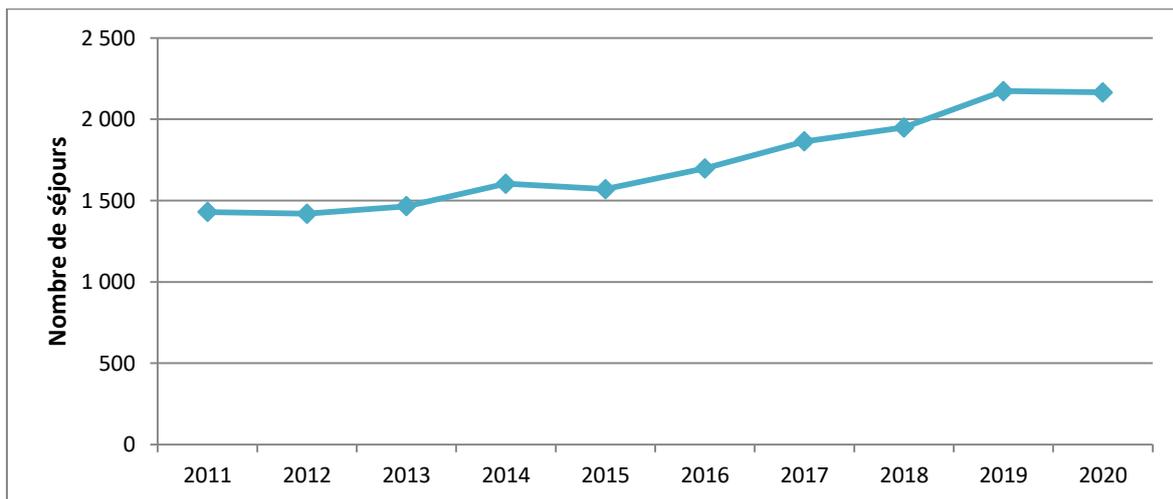


Figure 18 : Nombre de séjours liés à une intoxication aux opioïdes médicamenteux (diagnostic principal T402), 2011-2020

En France, entre 2011 et 2020, d'après les statistiques extraites de l'ATIH, le nombre de séjours pour intoxication par autres opioïdes (code indication ATIH/CIM T402) est passé de 1430 en 2011 à 2165 en 2020, montrant une augmentation quasi continue. Ce code indication exclut les hospitalisations pour opioïdes illicites (opium, héroïne) ainsi que pour la méthadone, le cannabis ou le LSD. On peut donc supposer que l'extraction présentée en Figure 18 est assez précise et reflète bien les abus d'opioïdes médicamenteux. (54)

La Haute Autorité de Santé (HAS) note qu'entre 2000 et 2015, le nombre de décès par consommation d'opioïdes en France a augmenté. Il est passé de 1,3 décès pour 1 million d'habitants à 3,2. (4)

Malgré tout, des solutions existent pour éviter ces situations, que nous allons décrire dans la partie suivante.

PARTIE II - LA PRÉVENTION DE L'ADDICTION

A - La prévention

La prévention de la maladie est définie en 1948 par l'OMS par « les mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie [...] mais aussi à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences ». (55)

Elle se distingue selon trois catégories, détaillées ci-après :

- La prévention primaire
- La prévention secondaire
- La prévention tertiaire

1 - La prévention primaire

La prévention primaire est définie comme « toutes les actions visant à empêcher l'apparition d'une maladie ou de problèmes de santé » (55). L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une maladie sur une période donnée. Ainsi, la prévention primaire a pour objectif principal de faire diminuer l'incidence d'une maladie. La prévention primaire regroupe donc tout ce qui est engagé pour prévenir les conduites à risques, les risques environnementaux et sociétaux.

Par exemple, dans le cas des addictions aux opioïdes médicamenteux, on peut citer :

- La mise en place d'une législation restrictive
 - Liste de médicaments à prescription médicale obligatoire
 - Diminution de la durée de prescription des opioïdes médicamenteux
- Les campagnes de sensibilisation aux risques d'addiction
- Les interventions en milieu scolaire
- Un contrôle renforcé par les douanes du trafic de médicaments

2 - La prévention secondaire

La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, c'est-à-dire le nombre de cas à un moment donné. L'objectif est d'agir juste avant l'apparition de la dépendance et d'éviter qu'elle s'installe dans le temps.

On peut citer comme exemple dans notre situation les interventions des médecins et pharmaciens auprès des patients qui présentent un comportement inhabituel avec un traitement à risque d'addiction.

3 - La prévention tertiaire

La prévention tertiaire se définit par toutes les mesures mises en œuvre pour éviter une réapparition de l'événement ou de rechutes, ou bien d'en diminuer les conséquences. On parle alors de logique de « réparation ».

Ainsi, dans le cadre de l'addiction aux opioïdes, on peut citer de nombreuses actions :

- La mise en place de consultations jeunes consommateurs (CJC)
- La gratuité de ces consultations
- La mise en place de salles de consommations à moindre risque
- La diffusion de naloxone (antidote de surdosage aux opioïdes) aux consommateurs mais également au grand public, sous forme nasale ou seringue pré-remplie pour auto-administration

4 - Prévention et groupe cible

Le concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire laisse de plus en plus de place à une nouvelle terminologie : on parle désormais de prévention universelle, sélective ou indiquée, comme représenté à la Figure 19. (56)

La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population ou une grande partie de cette dernière.

La prévention sélective vise des groupes où les risques sont connus, mais sans que des signes soient pour autant visibles pour les individus. Ainsi, ces groupes sont à fort risque de développer des addictions d'où l'intérêt de cette prévention ciblée.

Enfin, on parle de prévention indiquée pour les groupes qui ont des comportements clairement à risque mais qui ne répondent pas précisément aux définitions d'addiction.

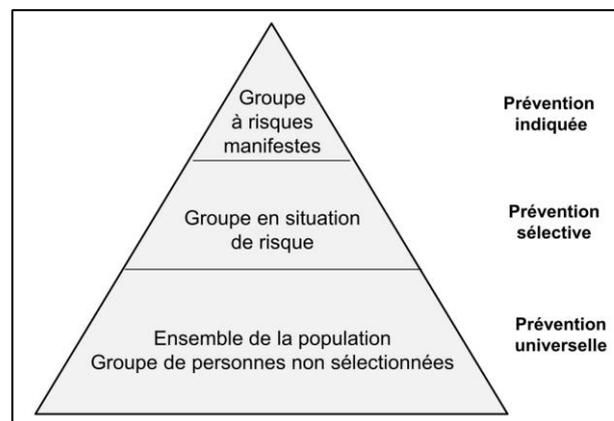


Figure 19 : Prévention en fonction des différents groupes cible

B - Les acteurs de la prévention et de la prise en charge

1 - Les médecins

a - Les médecins non addictologues

Le médecin est dans la plupart des cas le premier contact qu'aura le patient avec un professionnel de santé, qu'il s'agisse d'un besoin de prendre en charge une douleur, ou de simplement renouveler une prescription comportant des antalgiques.

Le RESPADD (Réseau de Prévention des Addictions) rappelle dans son guide sur les antalgiques opioïdes « le dépistage des facteurs de risque de développer une dépendance doit-être systématique avant et pendant une prescription de ces médicaments ». Ainsi, il faudrait

rechercher les facteurs de risques à chaque nouvelle prescription d'opioïdes et lors de renouvellements, que le praticien soit le primo-prescripteur ou non. Dans la pratique, cette recherche est loin d'être systématique, pour de nombreuses raisons. (14)

i - En milieu hospitalier

En milieu hospitalier, il existe plusieurs moments-clefs à propos de la prescription d'antalgiques opioïdes : l'admission et la sortie.

Lors de l'admission, qu'elle soit directe via les urgences ou lors d'un transfert depuis un autre service ou établissement, l'équipe fait le point sur les traitements habituels du patient, puis le médecin décide soit de les reprendre, de les modifier, de les suspendre, ou encore d'en introduire de nouveaux. Il arrive fréquemment que certains traitements soient reconduits sans modification ou analyse critique de la prescription, ou encore que d'autres ne soient pas renouvelés.

Lors de la sortie du service de soins, que ce soit pour un retour à domicile ou un transfert dans un autre établissement ou service, les patients sortent systématiquement avec une prescription dite « ordonnance de sortie ». Cette dernière peut comporter de nouveaux traitements qui auraient été introduits lors du séjour du patient, comme cela peut-être le cas d'antalgiques opioïdes. C'est à ce moment qu'il est absolument indispensable d'informer le patient et l'entourage de ces nouvelles thérapeutiques, et des surveillances, effets indésirables et risques qui y sont associés.

Dans des services de courte durée d'hospitalisation, comme les services d'urgences, la pression est importante sur le personnel médical pour que les patients soient pris en charge rapidement. Ainsi, la prise en charge de la douleur est absolument nécessaire surtout dans ces services où c'est un des motifs principaux d'entrée. Les prescriptions d'antalgiques, comme dans tous les services hospitaliers y sont donc très fréquentes, voire systématiques.

Concernant la prise en charge des addictions, les hôpitaux de taille importante disposent pour la plupart de services dédiés à la prise en charge des addictions, qui sont décrits plus tard. Le rôle du médecin est primordial dans l'identification des risques d'addiction et de dépendance, et donc dans la prise en charge de l'addiction du patient.

ii - En médecine libérale

En milieu libéral, la situation diffère de par la particularité de la prise en charge. La relation patient / soignant est différente : le médecin libéral, dans la plupart des cas généraliste, entretient avec une grande partie de ses patients une relation de confiance et d'autorité.

Beaucoup de patients qui consultent leur médecin n'envisagent pas de repartir de la consultation sans une prescription, c'est pourquoi il est toujours délicat pour le professionnel

de refuser une telle demande, avec toutes les conséquences qui peuvent en découler (perte de vue du patient, dialogue impossible, confiance rompue etc.).

Il est également fréquent que des patients réalisent du nomadisme médical (dit « doctor shopping » en anglais), c'est-à-dire la consultation de différents médecins pour obtenir plusieurs prescriptions du traitement. Il est donc difficile pour le médecin, qui ne verra qu'une seule fois le patient, de déceler les potentiels signes d'addiction et de dépendance. Enfin, comme il a déjà été dit, le temps est précieux et la sensibilisation aux risques de dépendance et d'addiction ne peut donc pas systématiquement être réalisée.

D'après le rapport de la DREES³¹ sur les médecins généralistes face aux conduites addictives, deux tiers des médecins généralistes sont concernés au moins une fois dans l'année par la prescription de TAO³². Ils sont autorisés depuis 1995 à renouveler les prescriptions de méthadone, et à initier les traitements à base de buprénorphine. Les médecins libéraux, et principalement les généralistes, sont les principaux prescripteurs de TAO. Cependant, parmi les médecins ayant initié ou renouvelé des TAO, seulement 45% s'estiment suffisamment formés pour cette prise en charge. 85% déclarent disposer des coordonnées d'un professionnel ou d'une structure spécialisée pouvant les aider. (57)

On note également que 60% d'entre eux sont régulièrement confrontés à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de prescription d'antalgiques opioïdes. 80% des médecins de l'enquête DREES déclarent informer systématiquement leurs patients des risques de mésusage et de dépendance. Cependant, il n'est pas fait de détail par molécule, et on peut légitimement supposer que cette information est moins fréquemment délivrée pour le tramadol puisqu'il est catégorisé comme opioïde « faible ». De plus, seulement 52% d'entre-eux se déclarent assez formés pour déceler les signes de mésusage.

Les nouveaux modes d'exercice, notamment en maisons de santé pluri professionnelles, peuvent apporter une meilleure prise en charge puisque c'est en maison pluri professionnelle que les médecins déclarent le plus avoir un référent sur la prise en charge des conduites addictives. (57)

b - Les addictologues

L'addictologie est la discipline de la médecine consacrée à l'étude et la prise en charge des addictions. En France, avant la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, pour être addictologue, il fallait passer le DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) d'addictologie. Depuis cette réforme, il faut suivre une FST (formation spécialisée transversale). Le DESC, tout comme la FST, sont ouverts à toutes les spécialités médicales. L'addictologie ne constitue donc pas une spécialité de médecine à part entière, mais une « surspécialisation ». La majorité des médecins qui suivent cette formation complémentaire sont des psychiatres et des médecins généralistes.

³¹ Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, une des directions du Ministère des Solidarités et de la Santé

³² Traitement de l'Addiction aux Opioides

Il existe plusieurs manières d'exercer l'addictologie en France :

i - Le secteur hospitalier

Les addictologues peuvent exercer au sein d'une structure hospitalière de diverses manières. Les ELSA, équipes de liaison et de soins en addictologie, créés en 1996, et dont les missions sont décrites dans la circulaire du Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) du 26/09/2008, sont au nombre de 250 en France en 2021. Elles peuvent rendre des avis au cas par cas, sur sollicitation des médecins des services cliniques. Leurs tailles et moyens sont très hétérogènes selon les établissements dans lesquels elles sont implantées.

Leurs missions sont diverses :

- Former, conseiller, aider et sensibiliser des équipes hospitalières à l'addictologie, l'aide à la prise en charge de patients (avis, recommandations, aide à la prescription de traitements, organisation de la sortie du patient, etc.)
- Intervenir auprès des patients aux urgences et lors de l'hospitalisation en appui et soutien des équipes
- Développer des liens avec les acteurs de l'addictologie, en intra et extra hospitalier pour améliorer le suivi et la prise en charge des patients

Elles sont un acteur clef du « lien ville-hôpital ». Les addictologues réalisent également des consultations de suivi de consommateurs au sein des structures hospitalières.

Enfin, avec le virage ambulatoire amorcé dans les années 2000, des services d'Hospitalisation de Journée (HDJ) en addictologie voient le jour et se développent peu à peu. Ces services sont un atout pour les patients nécessitant un suivi régulier avec une équipe pluridisciplinaire mais ne nécessitant pas pour autant une hospitalisation complète. Elle permet à l'équipe la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé.

Quand la situation le nécessite, les patients peuvent être en hospitalisation complète d'addictologie, permettant une prise en charge programmée ou en urgence des patients, pour un sevrage, une évaluation ou bien lors de complications.

Il existe également des structures de soins de suite et de réadaptation pour l'addictologie, permettant la réduction des conséquences physiques, cognitives, intellectuelles ou sociales du trouble addictif, ainsi qu'une réintégration dans la société à posteriori de la prise en charge.

ii - Le secteur médico-social

Plusieurs structures médico-sociales font appel aux compétences des addictologues. On peut citer comme structures les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA) et les Centre d'Accueil et D'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD), dont l'organisation et les missions sont détaillées plus loin.

2 - Les pharmaciens-ne-s

a - En établissement de santé

Depuis plusieurs années, une nouvelle discipline de la pharmacie hospitalière, appelée la pharmacie clinique, tend à se développer en France. Cette dernière consiste à une analyse critique par le personnel pharmaceutique des prescriptions et à un avis rendu aux équipes médicales et paramédicales. Selon le niveau d'implication des pharmaciens dans le service clinique, la pharmacie clinique est classée selon différents niveaux par la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique). (58)

En 2012, la SFPC a édité des recommandations de bonne pratique en pharmacie clinique. Il existe ainsi trois niveaux d'analyse pharmaceutique selon la quantité et le niveau d'informations à la disposition du pharmacien hospitalier. Parmi les approches, on peut citer l'analyse critique des prescriptions en cours, avec une confrontation aux antécédents du patient et au bilan biologique, ainsi que la réalisation de conciliations médicamenteuses, à l'entrée, mais également à la sortie du patient. Les différents niveaux sont détaillés dans le Tableau 6.

Type	Contexte	Contenu	Éléments requis
Analyse niveau 1 : Revue de prescription	Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient
Analyse niveau 2 : Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs	Ensemble des prescriptions, renseignements patient, données biologiques
Analyse niveau 3 : Suivi pharmaceutique	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs Respect des objectifs thérapeutiques, monitoring thérapeutique, observance Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique	Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques

Tableau 6 : Différents niveaux d'analyse pharmaceutique selon la SFPC (59)

Ces dernières permettent de suivre les différences entre le traitement habituel du patient avant son entrée à l'hôpital, les modifications qui y sont apportées lors de la première prescription mise en place, puis enfin, grâce aux conciliations de sortie, un suivi des modifications qui est présenté au patient puis transmis à son officine habituelle et son médecin traitant (Annexe 5 : Exemple de conciliation médicamenteuse à l'entrée, CHU de Tours, 2021). Lors de la réalisation d'une conciliation de sortie, soit un externe, un interne en pharmacie ou un pharmacien, explique au patient une synthèse des modifications de traitements : adaptations de posologies, arrêts, introductions de nouveaux traitements. C'est précisément à ce moment qu'il est possible de sensibiliser le patient aux risques de dépendance et d'addiction, notamment aux opioïdes. Ces conciliations de sorties sont intégrées au dossier patient, et transmises à son officine habituelle, ce qui leur permet de prendre connaissance des

modifications de traitement avant même l'arrivée du patient. Elles sont également transmises au médecin traitant pour un parfait suivi de la thérapeutique du patient.

En 2018, la HAS publie un guide méthodologique pour favoriser la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en établissements de santé. (59)

b - En officine

La pharmacie d'officine est souvent considérée comme le « dernier garde-fou » puisqu'une fois sorti avec ses traitements, le patient n'aura, à priori, plus de contact avec le milieu médical. C'est pour cette raison qu'il est absolument indispensable d'avoir un regard critique sur les prescriptions, et de sensibiliser les patients, le cas échéant, aux risques de dépendance et d'addiction.

Un nombre important de patients ont une grande confiance envers leurs pharmaciens, notamment au sujet de leur expertise thérapeutique, et il est fréquent que des patients viennent livrer leurs soucis et problèmes au comptoir. L'oreille attentive et les conseils de l'équipe pharmaceutique sont donc primordiaux pour conseiller, et si besoin, orienter les patients vers une structure spécialisée, ou simplement déceler les éventuels risques de dépendance ou d'addiction.

3 - Les infirmier-e-s

Au même titre que le pharmacien peut être le dernier contact avec le patient lors d'un circuit de soins ambulatoire, un certain nombre de patients sont suivis par des IDE³³, que ce soit en cabinet ou à domicile. Ce sont alors pour eux le dernier lien qu'ils ont avec le milieu médical. Il apparaît donc évident que les IDE ont un rôle primordial à jouer lorsqu'ils ou elles se retrouvent confrontés à des situations d'addiction ou de dépendance, ou lorsqu'elles observent des comportements qui pourraient y mener.

En milieu hospitalier, ce sont souvent les IDE qui voient le plus longtemps et le plus souvent les patients, et qui font remonter à l'équipe médicale des situations problématiques. Leur vision et expertise est donc tout autant nécessaire.

4 - Les patient-e-s

Le patient est acteur de sa santé. Le système de soins actuel tend de plus en plus vers une mise en responsabilité du patient, et vers une écoute des associations de patients qui sont de plus en plus nombreuses et dont l'importance est davantage valorisée. Au cours de ces dernières années, les instances publiques de santé leur accordent de plus en plus de place au sein de leurs différents comités.

Ainsi, un nombre grandissant de patients se regroupent en associations de patients pour faire valoir leur voix et avoir plus de poids. On peut citer France Assos Santé, un collectif

³³ *Infirmier-e Diplômée d'Etat*

d'associations, regroupant plus de 80 associations de patients, et dont la mission est officiellement inscrite au CSP. (60)

5 - Les instances de santé

Les instances de santé sont les organisateurs de la santé en France, et plus particulièrement de la santé publique. Leur rôle est central puisque les décisions prises influencent directement les actions menées jusqu'au plus près des patients.

La feuille de route 2019-2022 du MSS « Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes » (48) fixe des axes et des orientations. Ces orientations ont notamment mené le ministère, par l'intermédiaire d'un groupe de travail « Prévention des surdoses » soutenu également par la MILDECA³⁴, à la création d'affiches pour sensibiliser le grand public à l'usage de la naloxone en cas de surdosage aux opioïdes. Ce groupe de travail regroupe de nombreuses sociétés savantes et associations d'usagers ou de professionnels de santé et a donné lieu à la fabrication d'un kit de prévention, envoyé à plus de 23 000 officines et PUI³⁵, et à 1000 structures spécialisées en addictologie (CSAPA et CAARUD) (Annexe 6 : Affiche de communication sur la naloxone, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Ce groupe de travail a également permis de fonder le site internet "www.naloxone.fr". Ce site regroupe toutes les informations pratiques et légales autour de la naloxone et propose de nombreuses vidéos d'information et de formation à l'utilisation de la naloxone.

L'ANSM est chargée de coordonner les grandes enquêtes épidémiologiques confiées aux Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A), que nous avons détaillées dans la première partie et qui sont résumées en Annexe 9. Elle émet les recommandations de sécurité concernant les produits de santé et joue un rôle primordial dans la sécurité liée à l'usage des thérapeutiques. Enfin, grâce entre autre aux données de l'Assurance Maladie, elle fournit des publications et des rapports sur des sujets précis.

La HAS émet des recommandations et des guides à destination des professionnels de santé et des établissements. C'est également elle qui évalue les Service Médical Rendu (SMR) et l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) des médicaments ayant obtenu l'AMM délivrée par l'ANSM. Ainsi, cette évaluation conditionne le niveau de prise en charge par l'Assurance Maladie. De par son rôle d'évaluateur, la position à laquelle elle place les traitements de prise en charge de l'addiction ou des surdosages aux opioïdes, tels que le Nyxoïd[®], Prenoxad[®], la naloxone, la buprénorphine ou la méthadone a un impact sur la santé publique. De plus, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) se base en grande partie sur les recommandations de la HAS pour négocier les prix avec les industries pharmaceutiques.

³⁴ Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

³⁵ Pharmacies à Usage Intérieur : pharmacies des établissements de santé

Enfin, le CEPS et l'Assurance Maladie négocient les prix et fixent les taux de remboursement des thérapeutiques, avec un impact évident sur la prise en charge par la solidarité nationale.

6 - Les structures de proximité

Il existe en France un certain nombre de structures qui peuvent, selon différentes approches, jouer un rôle dans la prévention des risques d'addiction et de dépendance aux opioïdes.

a - Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) sont plus de 385 et sont répartis sur tout le territoire français. Ils sont nés du regroupement en 2011 des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres de cure ambulatoire en alcoologie. Ils sont portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé. (61)

Les CSAPA apportent une prise en charge pluridisciplinaire des patients, qui se décline sous diverses formes : accueil collectif ou individuel, ambulatoire ou résidentiel, avec différents degrés d'hébergement et d'intervention, selon les besoins des patients. Les CSAPA ont aussi un rôle de conseil aux professionnels de santé non spécialisés dans la prise en charge des addictions et des dépendances.

Ainsi, les principaux rôles des CSAPA auprès des patients sont :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale
- la réduction des risques associés à la consommation de substance psychoactives
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative

b - Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques

Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues), créés en 2005, sont au nombre de 150. Ils s'adressent plus spécifiquement aux usagers de drogues qui ne sont pas forcément engagés dans une démarche de soins, et ont vocation à être au contact des usagers les plus marginalisés de la société. Ils sont, au même titre que les CSAPA, portés par des associations ou des établissements publics de santé. Leurs missions, telles que définies dans le décret 2005-1606 du 19/12/2005, sont les suivantes :

- Accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé pour les usagers de drogues
- Soutien aux usagers dans l'accès aux soins (aide à l'hygiène, orientation vers le système de soins spécialisé, incitation au dépistage des infections transmissibles)
- Soutien aux usagers dans l'accès aux droits, logements, insertion professionnelle
- Mise à disposition de matériel de prévention des infections
- Intervention à proximité et à l'extérieur du centre pour établir un contact avec les usagers

c - Les Salles de Consommation à Moindre Risque

Les salles de consommation à moindre risque, en place depuis de nombreuses années chez nos voisins européens, et plus récemment en France, apportent un cadre à l'usage de drogues.

Elles permettent de sécuriser les pratiques, de garder un contact avec des usagers de drogues quelquefois à la marge de la société, et parfois d'établir un premier contact d'entrée dans la réduction des risques. Même si leur arrivée a suscité des polémiques, notamment de la part de riverains ou d'élus, leur bénéfice reste indéniable aujourd'hui, sur les plans de la santé publique mais également de la tranquillité publique. L'OEDT dans son panorama recommande de mettre à disposition des SCMR³⁶ afin de rendre les injections de drogues plus sûres. (41,62)

Mises en place initialement lors de l'épidémie de VIH³⁷ dans les années 80, leur objectif principal est la réduction de la morbidité et de la mortalité liée à l'usage de drogues illicites, en présence d'un personnel médical qualifié. La formation à des techniques d'utilisation moins risquées y est souvent enseignée.

En 2016, on dénombrait 90 salles de consommation à moindre risque en Europe. Elles sont principalement localisées en Allemagne, Espagne, Suisse, Belgique et Pays-Bas. Elles seraient presque 130 en 2021, dont deux en France. (41,63)

A mesure que les taux d'injection diminuent dans certains pays, il est désormais envisagé d'utiliser ces salles pour d'autres modes de consommation, notamment la voie inhalée, comme c'est déjà le cas de la SCMR portée par l'association « Gaïa » à Paris. (41,64)

Un bilan des deux salles mises en place en France, à Paris et Strasbourg a été réalisé, incluant une analyse médico-économique poussée. Non seulement les SCMR diminuent fortement les infections au VIH, au VHC³⁸, les abcès et endocardites, mais la balance économique est fortement en faveur de l'ouverture de nouvelles SCMR, soit indépendantes, soit intégrées à un CAARUD. Enfin, les réticences de la part des riverains et commerçants semblent avoir fortement diminué, du fait notamment d'une forte baisse du nombre de seringues usagées retrouvées dans l'espace public. (65)

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022 (PLFSS) dévoilé en septembre 2021, le gouvernement a décidé de remplacer la terminologie de SCMR par « haltes soins addiction ». Le projet de loi prévoit également la possibilité de mettre en place ces haltes au sein des CAARUD, qui était une demande unanime des professionnels car la loi jusqu'ici l'interdisait. L'article 45 de la PLFSS 2022 prolonge de trois ans l'expérimentation avec une forme et une dénomination différente : les haltes peuvent être ouvertes pour une durée maximale de 9 ans, en concertation avec la municipalité et l'ARS. (66)

d – Les Centres Thérapeutiques Résidentiels et Communautés Thérapeutiques

Les Centres Thérapeutiques Résidentiels et les Communautés Thérapeutiques sont des structures médico-sociales avec un objectif de réinsertion sociale et professionnelle. On y

³⁶ Salle de Consommation à Moindre Risque

³⁷ Virus de l'Immunodéficiência Humaine

³⁸ Virus de l'Hépatite C

retrouve les mêmes services que dans les CSAPA avec la présence d'un hébergement. Ce sont des lieux résidentiels ouverts, accueillant des patients qui souhaitent s'engager dans une dynamique de changement (une lettre de motivation et des entretiens sont réalisés pour l'admission), avec l'objectif d'abstinence. Ces structures sont basées sur la vie communautaire et le collectif. Les patients sont pris en charge par des équipes pluridisciplinaires (éducateurs spécialisés, animateurs, IDE, médecins généralistes, psychiatres et psychologues). (67)

Les Communautés Thérapeutiques s'apparentent aux Centres Thérapeutiques Résidentiels avec des durées de prise en charge plus longues. Elles ont été introduites à partir de 2007 avec le but de diversifier l'offre de prise en charge (68). L'hébergement qui y est proposé peut durer jusqu'à deux ans. (69)

7 - Associations, réseaux, comités, sociétés savantes

On peut citer encore de nombreux acteurs qui jouent un rôle plus ou moins marqué dans la prévention des addictions :

- La SFPC (comme précisé dans le chapitre consacré au rôle des pharmaciens), édite différents guides pour harmoniser les pratiques et accompagner les pharmaciens dans la pharmacie clinique
- L'OFMA³⁹ suit et surveille les consommations d'antalgiques, et publie des fiches à destination des patients
- Le RESPADD, structure associative dédiée uniquement à la prévention des addictions, a édité un guide très détaillé « Médicaments antalgiques opioïdes, ce qu'il faut savoir ce qu'il faut faire », dont on peut retenir les points suivants (14) :
 - Expliquer aux patients comment utiliser un antalgique, que c'est un traitement personnel non adapté à d'autres personnes
 - Ne pas banaliser le recours à ces médicaments
 - Informer sur le risque léthal pour les enfants et la nécessité de ranger les traitements hors de portée des enfants
 - Réévaluer le bénéfice et identifier les troubles d'usage de ces substances
- Les OMÉDIT, structures régionales de proximité à portée régionale, établissent des fiches et des recommandations, et proposent des outils, à destination des patients et des professionnels de santé :
 - On peut citer la fiche de bon usage du tramadol de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire, qui regroupe les différentes présentations disponibles et mentionne les risques de dépendance, présentée en Annexe 1
 - On peut également citer l'OMÉDIT Île-de-France qui fait la promotion de la lutte contre les overdoses aux opioïdes et relaie les messages de prévention sur son site internet (70)

³⁹ *Observatoire Français des Médicaments Antalgiques*

- Le réseau Fédération Addiction qui regroupe un grand nombre de structures et professionnels impliqués dans la prévention des addictions, et qui organise chaque année un congrès sur les addictions
- On peut également citer les différents comités des médicaments, installés dans chaque hôpital suite à la circulaire n°2186 du 30 juin 1976, qui éditent des fiches de recommandations ou de bonnes pratiques. Voir par exemple la fiche émise par le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Toulouse, en Annexe 2.
- Il existe aussi les programmes d'aide et d'accompagnement des entourages de personnes souffrant d'addiction, notamment le programme ETAPE, à Grenoble, qui apporte une aide précieuse à l'entourage. (71)

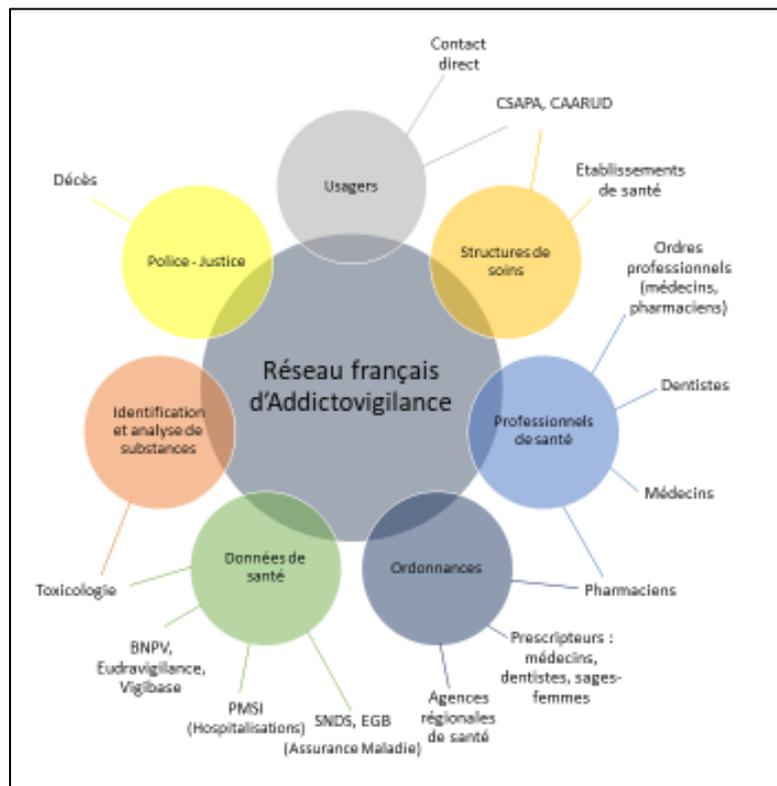


Figure 20 : Organisation du réseau français d'addictovigilance

Comme le montre la Figure 20 (72), le réseau français d'addictovigilance qui joue un rôle particulièrement important en France dans la prévention et l'analyse des données d'addictions, est en contact avec de nombreux acteurs.

C - La prise en charge médicamenteuse des addictions

La prévention, détaillée précédemment, est cruciale. Lorsque cette dernière ne suffit pas, une prise en charge thérapeutique peut alors s'avérer nécessaire. Il existe deux types de thérapeutiques qui répondent à des situations très différentes : la première concerne la prise en charge des overdoses, et la seconde la prise en charge de l'addiction grâce à des traitements,

usuellement appelés « traitements de substitution aux opioïdes » (TSO), mais désormais de plus en plus dénommés « traitement de l'addiction aux opioïdes » (TAO).

Parmi les usagers problématiques d'opioïdes en France, 78% seraient sous traitement de substitution, ce qui constitue un des taux les plus élevés en Europe, comme le montre la Figure 21. (41)

Dans les situations d'urgence suite à une overdose pouvant mener au décès, il existe un traitement particulièrement efficace : la naloxone. C'est un antagoniste des récepteurs aux opioïdes. Cependant, pour montrer une efficacité, cette molécule doit être administrée le plus tôt possible.

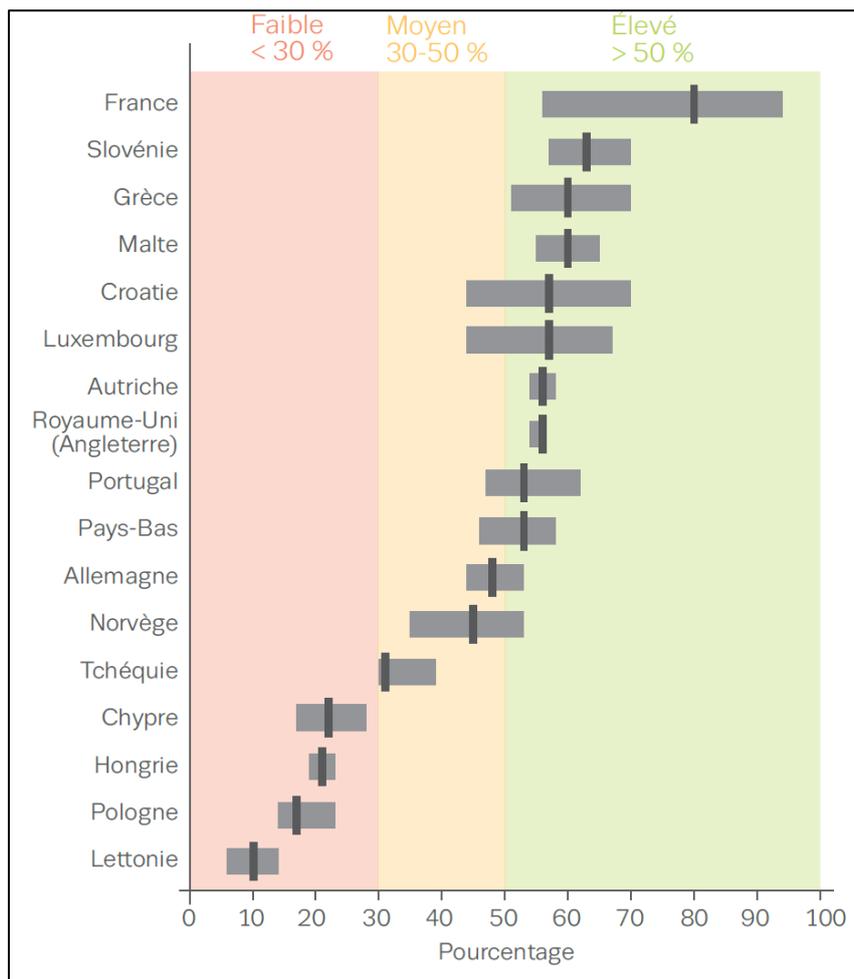


Figure 21 : Taux de couverture des traitements de substitution

Il existe en France à ce jour plusieurs spécialités disponibles, détaillées dans le Tableau 7. Ne sont présentées dans ce tableau que les spécialités utilisées pour la prise en charge des overdoses aux opioïdes.

<i>Nom commercial</i> ►	Narcan© et génériques	Prenoxad©	Nalscue©	Nyxoïd©
Présentation	Solution injectable en ampoule	Solution injectable en seringue préremplie	Solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose	Solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose
Dosage	0,4mg dans 1mL	1,8mg dans 2mL	1,8mg (0,9mg par pulvérisation)	1,8mg (1,8mg par pulvérisation)
Voie d'administration	Intraveineuse Intramusculaire Sous-cutanée	Intramusculaire	Intranasale	Intranasale
Laboratoires exploitants	Serb Aguettant Mylan	Ethypharm	Indivior	Mundipharma
Statut	commercialisé	commercialisé	fin de commercialisation le 30/11/2020	commercialisé
SMR	Important	Important	Important	Important
ASMR	Non évalué	V	V	IV
Prix	Non remboursé, prix libre	23,16€ TTC	Non remboursé, prix libre	31,33€ TTC
PMO⁴⁰	Liste I	Prescription médicale non obligatoire	Prescription médicale non obligatoire	Liste I
Disponibilité	Officine PUI	Officine PUI CSAPA CAARUD	Officine PUI CSAPA CAARUD	Officine PUI CSAPA CAARUD

Tableau 7 : Liste des spécialités à base de naloxone pour la prise en charge des surdosages (73,74)

Les premières formes ayant un intérêt majeur en santé publique ont été les seringues pré-remplies pour injection, désormais disponibles en officine sans prescription. L'arrivée de formes à injection intra-nasale va permettre de diffuser encore plus massivement ces

⁴⁰ Prescription Médicale Obligatoire

dispositifs en levant le frein à l'inquiétude souvent exprimée par rapport aux injections pour les personnes « naïves » de toute injection.

Cependant, on peut regretter l'absence d'antidote disponible par voie intranasale pendant une bonne partie de l'année 2021. En effet, faute d'accord satisfaisant avec le CEPS sur le prix (aux Etats-Unis, les dispositifs intra-nasaux sont vendus une soixantaine de dollars), le laboratoire Indivior a décidé d'arrêter sa commercialisation. Ainsi les derniers lots de Nalscuc[®] disponibles en France sont arrivés à péremption fin décembre 2020. L'arrivée de la spécialité du laboratoire Mundipharma à la fin de l'année 2021 devrait combler cette absence, cependant il est fortement regrettable que cette dernière soit soumise à prescription médicale obligatoire. On note également que deux autres laboratoires ont obtenu une AMM européenne pour leurs formes intra-nasales de naloxone mais elles ne sont pas encore à ce jour commercialisées en France. (74)

On observe, petit à petit, une avancée des pouvoirs publics sur les avantages et intérêts de la naloxone dans la lutte contre les surdosages, depuis notamment la feuille de route du MSS (48). On peut citer comme exemple, une attention particulière à la disponibilité de naloxone en période de confinement lors de la pandémie de SARS-CoV-2, via un message d'alerte du MSS diffusé aux professionnels de santé. (75)

On peut également regretter une faible diffusion de la naloxone à ce jour : en effet, seule une personne sur trois sous traitement par TSO a connaissance de l'existence des kits de naloxone en cas de surdosage aux opioïdes, et seulement 11% en ont à disposition avec eux. (44)

PARTIE III – QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DES CONNAISSANCES ET RISQUES

A - Contexte

Fort du constat d’un manque de connaissances autant des professionnels de santé (qui pour certains prescrivent ou délivrent des opioïdes sans y associer un message de prévention), que des patients, souvent ignorants des risques inhérents à la consommation de tels traitements, nous décidons de la création d’une enquête, sous forme de questionnaire.

B - Objectifs

Les objectifs du questionnaire sont multiples. Pour les patients et les professionnels de santé, les objectifs sont d’évaluer la prévalence de la prescription et de la consommation de tramadol, les connaissances des risques liés au tramadol, et de sensibiliser sur ces risques.

Pour les professionnels de santé plus spécifiquement, les objectifs sont l’estimation de la prévention faite auprès des patients, et l’estimation du niveau de connaissance des risques liés au tramadol, puis enfin la diffusion d’une information claire et précise sur ces risques

C - Matériel & méthodes

1 - Conception du questionnaire

Le questionnaire, dont l’intégralité est présentée en Annexe 4, a été élaboré via l’outil Google Forms[®], solution d’enquête en ligne accessible depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone. Le questionnaire a été testé par différents patients et professionnels de santé, et a été soumis au Centre de Données Cliniques du CHU de Tours.

Au début du questionnaire, une rapide présentation du sujet ainsi que l’objectif du questionnaire sont affichés, et l’accord des participants est demandé. Le questionnaire est structuré en quatre parties. Les trois premières sont accessibles à tous les répondants, et une quatrième accessible uniquement aux personnes répondant « Oui » à la question « Êtes-vous professionnel de santé ? ». Ainsi, les personnes se présentant comme PS (professionnels de santé) devaient répondre à un nombre plus important de questions. Dans la plupart des questions, il était obligatoire de fournir une réponse pour accéder à la question suivante.

La première partie du questionnaire porte sur les données populationnelles : âge, genre, département de résidence, niveau d’études. La deuxième partie questionne les participants sur leur consommation de tramadol. La troisième partie interroge sur la connaissance des risques d’addiction et de dépendance. La quatrième et dernière partie confronte les professionnels de

santé à des questions précises sur le tramadol et les risques engendrés, puis les questionne sur une éventuelle situation vécue d'addiction d'un patient.

Une section finale, affichée après la validation du questionnaire, donne les réponses aux questions posées, et résume les informations présentées, avec des liens vers différents sites-internet pour les personnes souhaitant approfondir le sujet.

2 - Diffusion

Le questionnaire a été diffusé le 15 juin 2021. Le recueil de réponses a pris fin le 15 août 2021, soit une durée de recueil de 2 mois. La diffusion s'est faite via de multiples canaux : réseaux sociaux, mailing-list institutionnelles, relations amicales, familiales et professionnelles, associations de patients, professionnels de santé, étudiants en santé, affichages dans des lieux de passage, sociétés savantes, etc. Un flyer a été créé pour faciliter la diffusion, présentant un QRcode permettant aux utilisateurs équipés de smartphome de flasher et d'accéder directement au questionnaire.



Figure 22 : Flyer de diffusion du questionnaire

D - Résultats

1321 personnes ont rempli entièrement le questionnaire. 1318 personnes ont été incluses dans les analyses (exclusion de deux mineurs et d'une participation pour réponses incohérentes). Le Tableau 8 ci-dessous détaille les caractéristiques de la population d'étude.

1 - Caractéristiques de la population

	n (N=1318)	%
Age		
19-24 ans	121	9,17%
25-29 ans	330	25,02%
30-34 ans	243	18,42%
35-39 ans	123	9,33%
40-44 ans	99	7,51%

45-49 ans	86	6,52%
50-54 ans	84	6,37%
55-59 ans	87	6,60%
60-64 ans	76	5,76%
65-69 ans	31	2,35%
70-74 ans	27	2,05%
75-79 ans	4	0,30%
> 79 ans	7	0,53%
Genre		
Femme	940	71,27%
Homme	369	27,98%
Ne souhaite pas le préciser	9	0,68%
Région		
Autre ou étranger	7	0,53%
Auvergne-Rhône-Alpes	100	7,58%
Ain	13	0,99%
Allier	3	0,23%
Ardèche	7	0,53%
Cantal	2	0,15%
Drôme	6	0,45%
Haute-Savoie	6	0,45%
Isère	22	1,67%
Loire	6	0,45%
Puy-de-Dôme	4	0,30%
Rhône	29	2,20%
Savoie	2	0,15%
Bourgogne-Franche-Comté	11	0,83%
Côte-d'Or	2	0,15%
Doubs	2	0,15%
Haute-Saône	1	0,08%
Territoire de Belfort	2	0,15%
Yonne	4	0,30%
Bretagne	91	6,90%
Côtes-d'Armor	10	0,76%
Finistère	53	4,02%
Ille-et-Vilaine	18	1,36%
Morbihan	10	0,76%
Centre-Val de Loire	247	18,73%
Cher	21	1,59%
Eure-et-Loir	5	0,38%
Indre	2	0,15%
Indre-et-Loire	197	14,94%
Loiret	18	1,36%
Loir-et-Cher	4	0,30%
Corse	2	0,15%
Corse-du-Sud	1	0,08%
Haute-Corse	1	0,08%
Grand Est	61	4,62%
Bas-Rhin	21	1,59%
Haut-Rhin	3	0,23%
Marne	11	0,83%

	Meurthe-et-Moselle	12	0,91%
	Meuse	2	0,15%
	Moselle	9	0,68%
	Vosges	3	0,23%
Hauts-de-France		31	2,35%
	Aisne	2	0,15%
	Nord	9	0,68%
	Oise	10	0,76%
	Pas-de-Calais	3	0,23%
	Somme	7	0,53%
Ile-de-France		301	22,82%
	Essonne	83	6,29%
	Hauts-de-Seine	61	4,62%
	Paris	78	5,91%
	Seine-et-Marne	12	0,91%
	Seine-Saint-Denis	22	1,67%
	Val-de-Marne	30	2,27%
	Val-d'Oise	6	0,45%
	Yvelines	9	0,68%
Normandie		28	2,12%
	Calvados	11	0,83%
	Eure	3	0,23%
	Manche	3	0,23%
	Orne	8	0,61%
	Seine-Maritime	3	0,23%
Nouvelle-Aquitaine		251	19,03%
	Charente	7	0,53%
	Charente-Maritime	25	1,90%
	Corrèze	4	0,30%
	Creuse	3	0,23%
	Deux-Sèvres	12	0,91%
	Gironde	26	1,97%
	Haute-Vienne	43	3,26%
	Landes	19	1,44%
	Lot-et-Garonne	2	0,15%
	Pyrénées-Atlantiques	25	1,90%
	Vienne	85	6,44%
Occitanie		54	4,09%
	Ariège	2	0,15%
	Aude	2	0,15%
	Aveyron	4	0,30%
	Gers	2	0,15%
	Haute-Garonne	22	1,67%
	Hérault	9	0,68%
	Pyrénées-Orientales	9	0,68%
	Tarn	1	0,08%
	Tarn-et-Garonne	3	0,23%
Pays de la Loire		89	6,75%
	Loire-Atlantique	54	4,09%
	Maine-et-Loire	23	1,74%
	Mayenne	2	0,15%
	Sarthe	4	0,30%

	Vendée	6	0,45%
Provence-Alpes-Côte d'Azur		30	2,27%
	Alpes-Maritimes	5	0,38%
	Bouches-du-Rhône	16	1,21%
	Hautes-Alpes	2	0,15%
	Var	4	0,30%
	Vaucluse	3	0,23%
Outre-mer		15	1,14%
	Guadeloupe	8	0,61%
	Guyane	5	0,38%
	La Réunion	1	0,08%
	Martinique	1	0,08%
Qualification / Diplôme⁴¹			
	Aucun diplôme	3	0,23%
	CFG ⁴² , DNB ⁴³	5	0,38%
	CAP ⁴⁴ , BEP ⁴⁵	44	3,34%
	Baccalauréat	79	5,99%
	Bac+2	107	8,11%
	Bac+3	173	13,12%
	Bac+4	69	5,23%
	Bac+5	313	23,73%
	Bac+8	525	39,80%
Professionnels de santé			
	Oui	892	67,63%
	Non	426	32,30%

Tableau 8 : Caractéristiques de la population d'étude

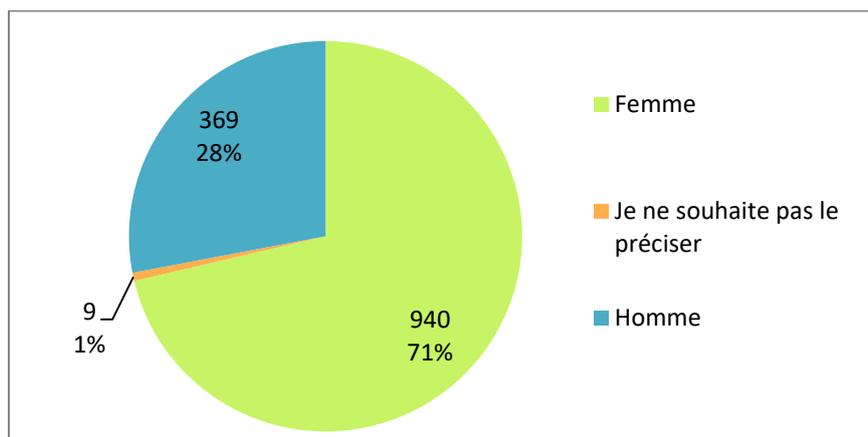


Figure 23 : Genre des répondants

⁴¹ Le détail des diplômes par niveau est présenté dans le questionnaire (Annexe 4 : Questionnaire complet), à la question 4

⁴² Certificat de Formation Générale

⁴³ Diplôme National du Brevet

⁴⁴ Certificat d'Aptitude Professionnelle

⁴⁵ Brevet d'Etudes Professionnelles

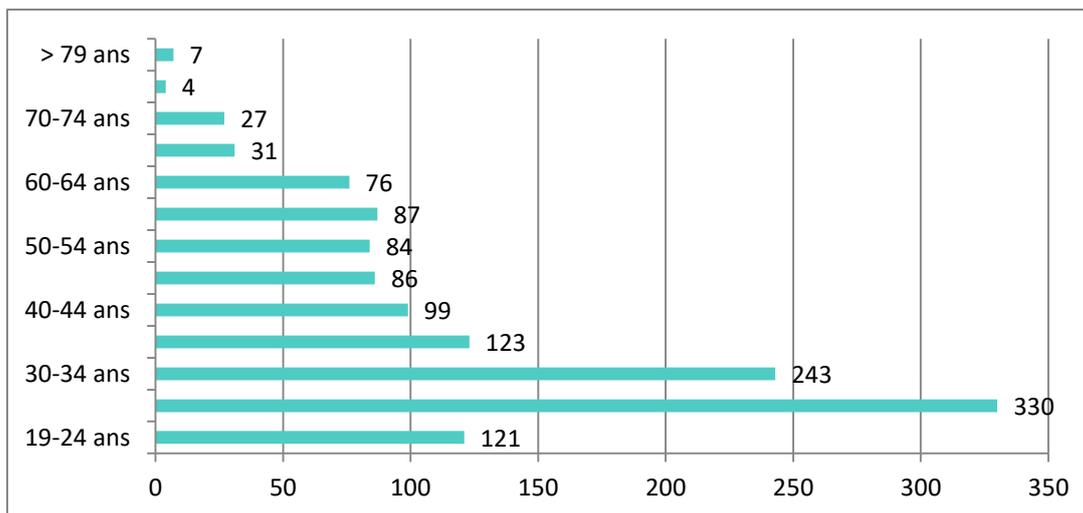


Figure 24 : Répartition des répondants par tranche d'âge

On observe que la population répondante est assez jeune : plus de 60% des répondants ont moins de 40 ans, et la tranche d'âge avec l'effectif le plus important est celle de 25 à 29 ans (Figure 24). Presque trois répondants sur 4 sont des femmes (Figure 23). Concernant la répartition géographique, on note une forte représentation de l'ouest, et particulièrement de la région Centre-Val de Loire, ce qui correspond aux lieux où le questionnaire a été le plus diffusé. On note également une grande représentation de personnes diplômées à BAC + 8 ou équivalent, pouvant s'expliquer en partie par la diffusion du questionnaire à de nombreux médecins et pharmaciens exerçant en établissements de santé. Enfin, on observe qu'un tiers des répondants ne sont pas professionnels de santé.

2 - Auto-évaluation des connaissances sur le tramadol

Les premières questions portent sur l'auto-évaluation du niveau de connaissance sur le tramadol. La Figure 25 présente la note que se sont attribués les répondants (question 5 : « A combien évaluez-vous vos connaissances concernant le tramadol ? »), qui ont été séparés en PS (professionnels de santé) et non-PS (non professionnels de santé). On note une importante différence dans les réponses entre les deux catégories. Comme le montre le Tableau 9, les moyennes et les médianes sont plus élevées chez les professionnels de santé.

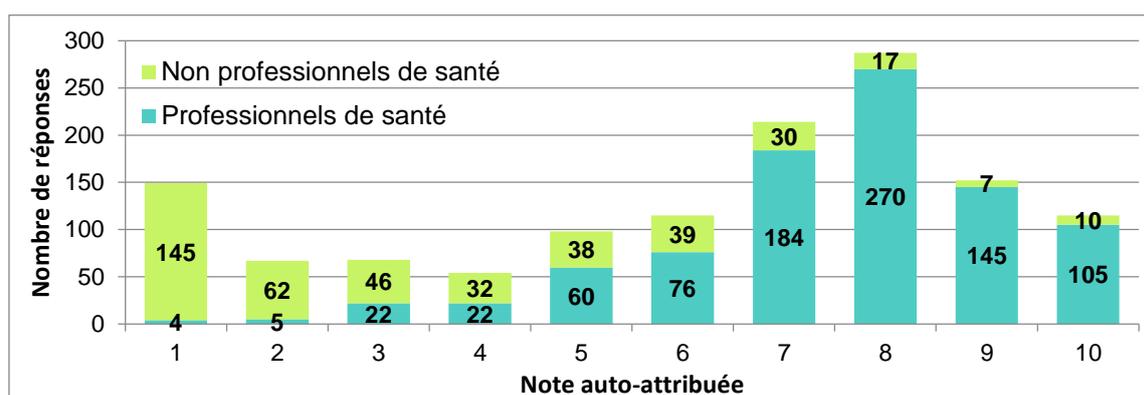


Figure 25 : Auto-évaluation des connaissances sur le tramadol

	Moyenne	Médiane
Professionnels de santé	7,5	8
Non professionnels de santé	3,4	3
Total	6,2	7

Tableau 9 : Moyenne et médiane de la réponse à la question 5 « A combien évaluez-vous vos connaissances concernant le tramadol ? » selon la profession

Une analyse des notes auto-attribuées a été réalisée selon le niveau de diplôme. Elle est présentée à la Figure 26, sous la forme de boîte à moustaches, permettant d’apprécier la répartition des réponses.

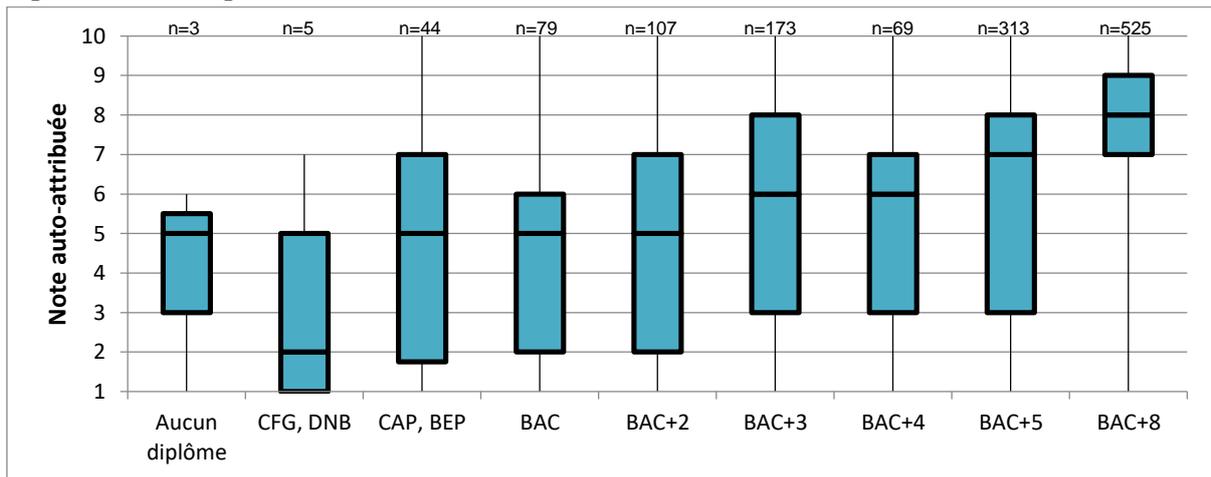


Figure 26 : Comparaison de l’auto-évaluation des connaissances sur le tramadol selon le diplôme

On observe une forte dispersion des réponses. Cependant, plus le niveau de diplôme est élevé, plus les médianes et premiers quartiles augmentent. La dispersion des réponses est très réduite pour la catégorie BAC+8.

3 – Consommation et dépendance

La Figure 27 présente les réponses à la question 6 « Vous a-t-on déjà prescrit un médicament contenant du tramadol ? ». Presque un répondant sur deux a déjà eu une prescription de tramadol.

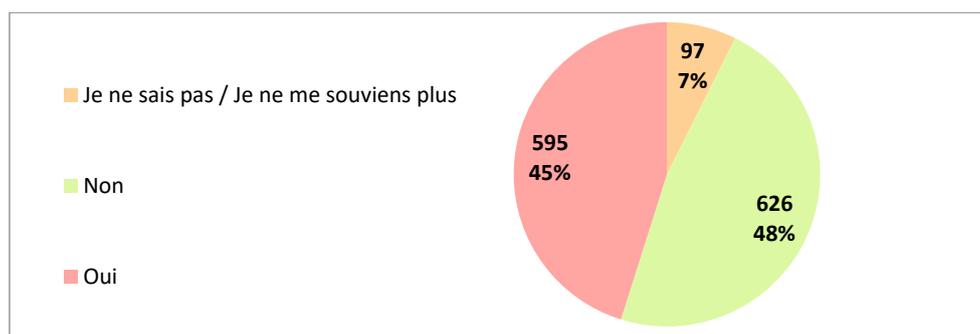


Figure 27 : « Vous a-t-on déjà prescrit un médicament contenant du tramadol ? »

La Figure 28 reprend les réponses de la question 6, complétées des réponses des questions 7 et 8 (« Avez-vous déjà pris du tramadol en dehors d'une prescription médicale ? »). Ainsi, on peut observer la relation entre prescription de tramadol et consommation en dehors d'une prescription de tramadol. On observe notamment que parmi le groupe ayant déjà eu une prescription de tramadol, la consommation de tramadol hors-prescription y est plus fréquente (192 sur 595, soit 32,3%) que chez le groupe n'ayant pas eu de prescription de tramadol (45 sur 626 soit 7,2%).

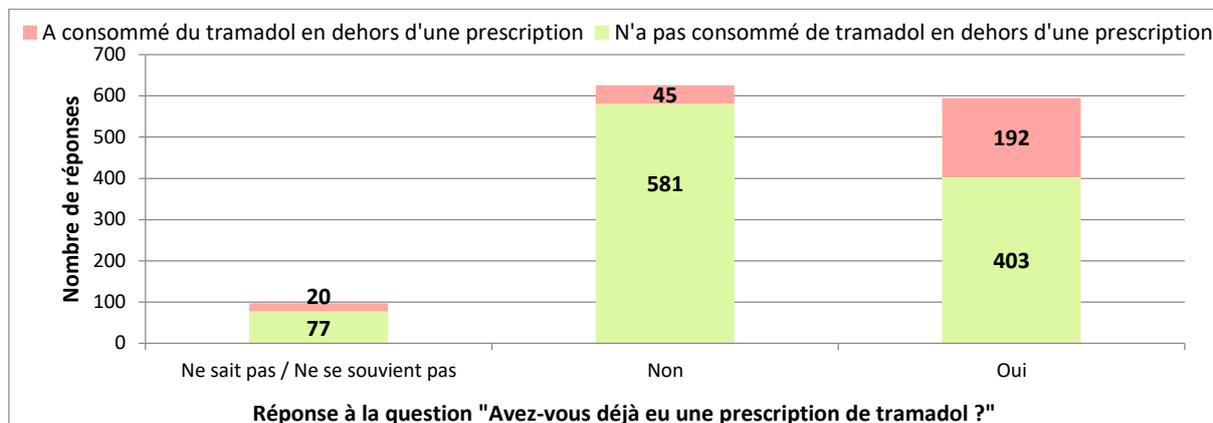


Figure 28 : Relation entre prescription et consommation hors-prescription de tramadol

Un test du χ^2 d'indépendance a été effectué. Les résultats sont présentés dans le Tableau 10. Le résultat montre que les deux variables sont liées, ainsi il y a une corrélation entre la prescription de tramadol et sa consommation hors-prescription.

	Prescription de tramadol		Pas de prescription de tramadol	
	Effectifs observés	Effectifs calculés	Effectifs observés	Effectifs calculés
Consommation hors-prescription	192	115,5	45	121,5
Pas de consommation hors prescription	403	479,5	581	504,5
χ^2 calculé				122,65
$\chi^2_{k-1,\alpha}$ ($\alpha=0,05$)				3,841
Hypothèse H0 = Pas de lien entre prescription de tramadol et consommation hors prescription				
Hypothèse H1 = Il y a un lien entre prescription de tramadol et consommation hors prescription				
χ^2 calculé > $\chi^2_{k-1,\alpha}$ ainsi l'hypothèse H0 est rejetée au risque $\alpha=0,05$				

Tableau 10 : Test de χ^2 d'indépendance entre prescription et consommation hors-prescription

La question suivante est un questionnaire POMI (Annexe 7 : Echelle POMI, OFMA), adapté au tramadol. Les questions du questionnaire POMI ont été reprises dans leur intégralité, et seul le champ de réponse a été restreint au tramadol (contrairement à tous les opioïdes médicamenteux dans le POMI) : nous parlerons par la suite de « POMI adapté ». 660 personnes ont été interrogées (les personnes n'ayant déclaré aucune prescription ni

consommation hors-prescription étant *de facto* exclues). Le questionnaire POMI est composé de six questions. Chaque réponse positive rapporte un point, et la consommation est considérée problématique à partir d'au moins deux réponses positives. La Figure 29 montre les notes obtenues au POMI.

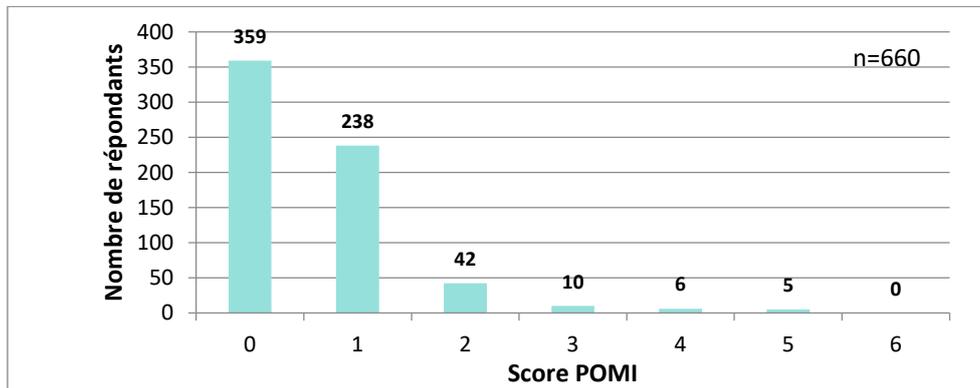


Figure 29 : Répartition des scores POMI

On observe qu'une majorité des répondants ont un score POMI de 0. 45% des répondants ont répondu « Oui » à au moins une des six questions (score POMI ≥ 1). Près de 35% des répondants ont un score POMI de 1, ce qui ne montre *a priori* pas de risque de dépendance et d'addiction. Enfin, 63 personnes (soit moins de 10% des répondants) ont un score POMI ≥ 2 , indiquant un potentiel risque d'addiction.

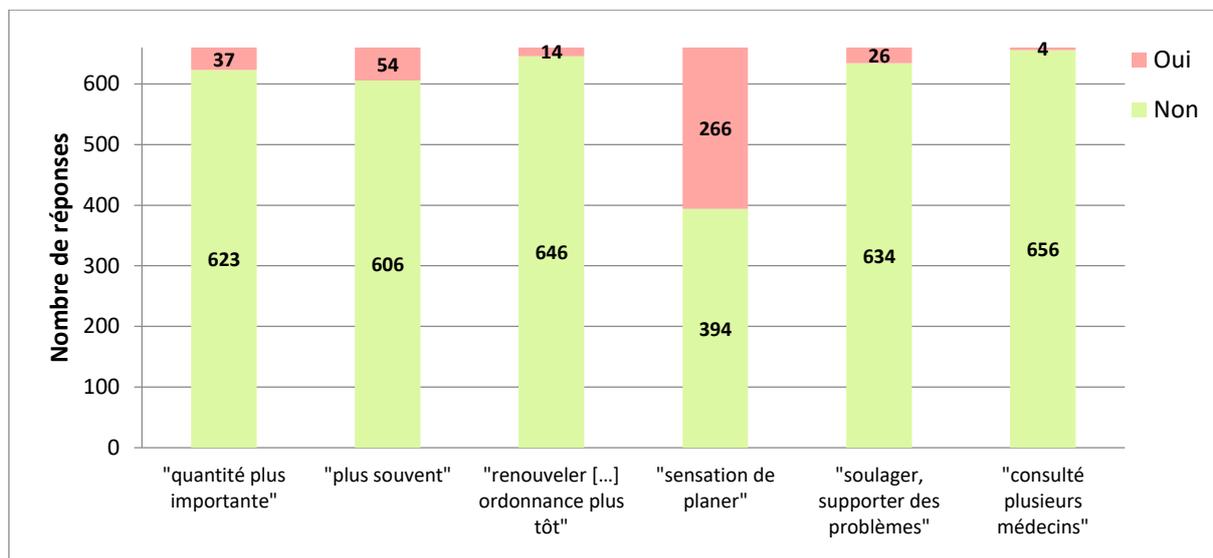


Figure 30 : Réponses aux différentes questions du POMI

La Figure 30 présente les réponses détaillées du POMI adapté. Les questions dans leur intégralité sont présentes dans le questionnaire complet, questions 10 à 15 en Annexe 4.

On note ainsi que la question 15⁴⁶ au sujet du nomadisme médical présente un très faible nombre de réponses positives. A l'inverse, 266 des répondants soit 40% d'entre eux indiquant avoir déjà ressenti une sensation de « planer » lors de la consommation de tramadol. On peut

⁴⁶ « Avez-vous déjà consulté plusieurs médecins, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ? »

donc légitimement se poser à nouveau la question de la variabilité interindividuelle de la réponse au tramadol, ainsi que la pertinence de cette question au sein du POMPI adapté au tramadol. Une analyse plus détaillée nous montre que, parmi les 266 personnes ayant répondu « Oui » à la question 13 « Avez-vous déjà eu la sensation de "planer" [...] », 212 avaient répondu oui uniquement à cette question, leur donnant donc un score POMPI de 1. Ainsi, si l'on exclut cette question du POMPI, seulement 89 des répondants (soit 13%) ont un score supérieur à 0, contre 301 (soit 45%) actuellement.

A la question 9 « Pensez-vous avoir déjà rencontré personnellement un phénomène de dépendance ou d'addiction au tramadol ? » 45 participants sur 660 ont répondu positivement, soit 6,8%. Pour les réponses positives et pour les réponses négatives, la répartition des réponses selon le score POMPI adapté obtenu (questions 10 à 15) est calculée. Les résultats sont présentés à la Figure 31.

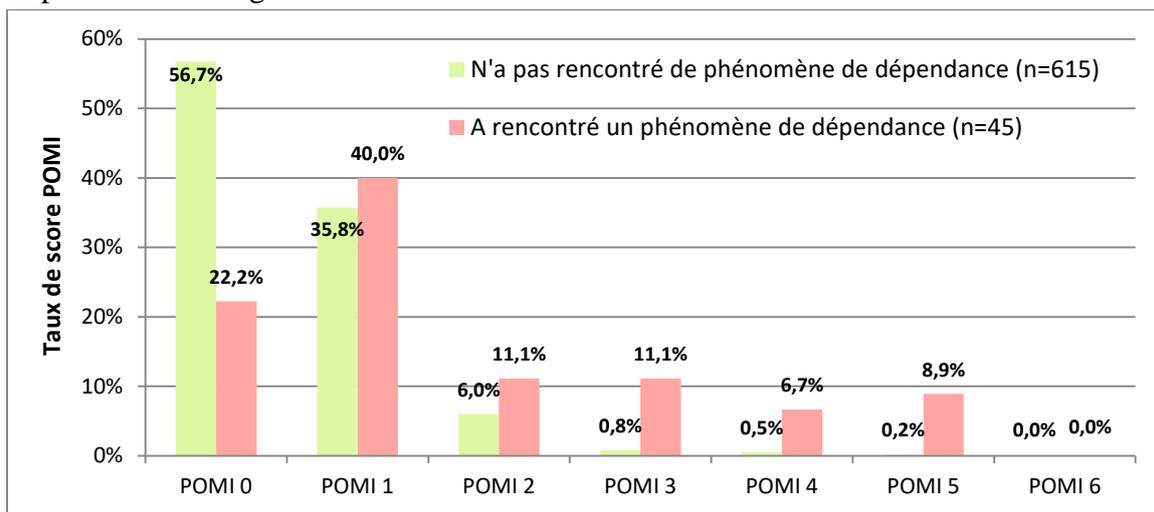


Figure 31 : Répartition des scores POMPI selon l'auto-évaluation de la dépendance

Ainsi, on observe que parmi les personnes estimant ne pas avoir rencontré de phénomène de dépendance, les scores POMPI adaptés obtenus sont majoritairement ≤ 1 . Plus de 98% des répondants ont un score POMPI adapté ≤ 2 . En revanche, les personnes estimant avoir rencontré un phénomène de dépendance ou d'addiction sont majoritairement avec un score POMPI adapté de 1, et les scores POMPI ≥ 2 sont majoritairement représentés par ces personnes.

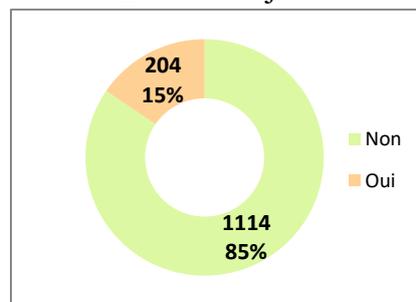


Figure 32 : « Pensez-vous que quelqu'un de votre entourage [...] dépendance ou addiction au tramadol »

La Figure 32 nous montre que 15% des répondants pensent qu'une personne de leur entourage fait face à un problème d'addiction ou de dépendance au tramadol. La Figure 33 nous montre

que plus d'une personne sur 5 interrogée à la question 17⁴⁷ n'avait pas notion des risques de dépendance et d'addiction au tramadol.

4 – Connaissance du risque

La question 17⁴⁷ nous amène à la troisième partie du questionnaire : les questions au sujet la connaissance du risque et de la dépendance. Ainsi, cette question nous apprend que près de 8 répondants sur 10 sont au courant des risques de dépendance et d'addiction qu'une consommation de tramadol peut engendrer (Figure 33).

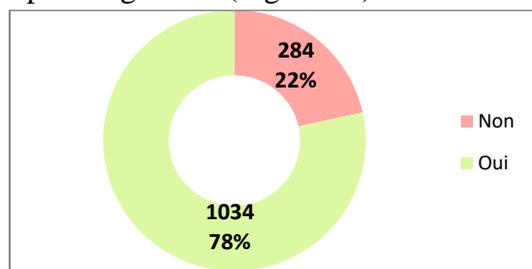


Figure 33 : « Saviez-vous que le tramadol est un médicament à risque de dépendance ou d'addiction ? »

Une analyse en sous-groupe de ces réponses est réalisée, selon trois catégories : PS ou non-PS ; niveau de diplôme ; note auto-attribuée à la question 5⁴⁸. Les résultats sont présentés sur la Figure 34.

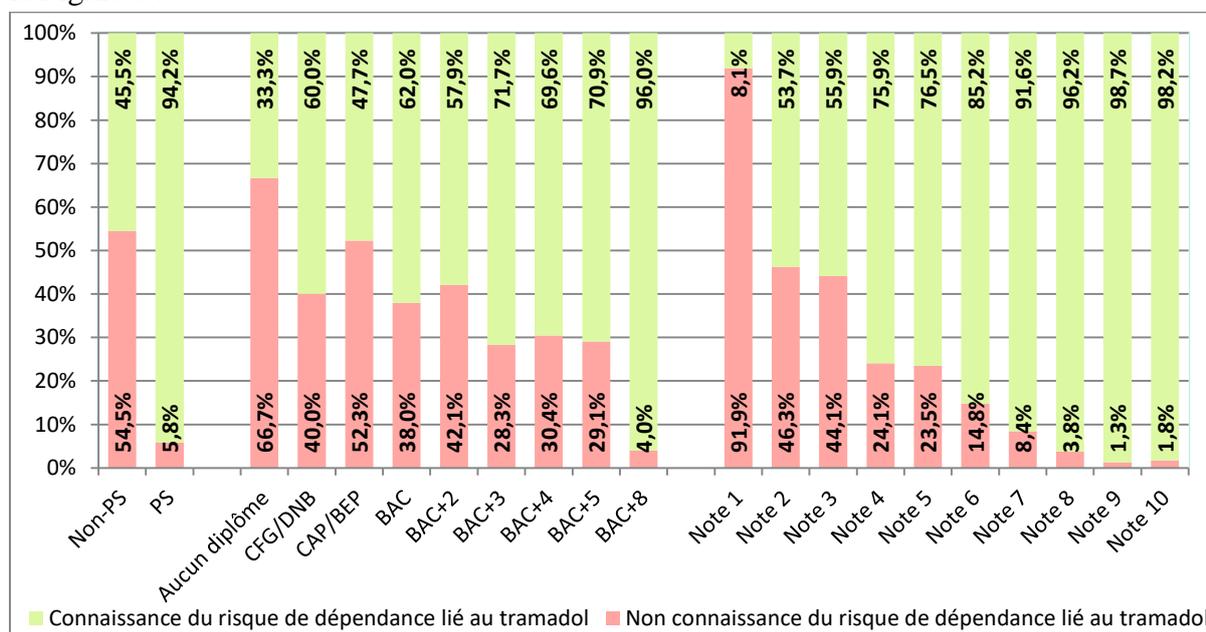


Figure 34 : Connaissance des risques de dépendance au tramadol selon la profession, le niveau de diplôme et la note auto-attribuée

On observe en toute logique que les professionnels de santé sont peu nombreux à ignorer le risque de dépendance, tandis que chez les non-PS moins de la moitié connaît ce risque. On

⁴⁷ « Saviez-vous que le tramadol est un médicament à risque de dépendance ou d'addiction ? »

⁴⁸ « A combien évaluez-vous vos connaissances concernant le tramadol »

observe également une corrélation entre le niveau de diplôme ou de la note auto-attribuée et la connaissance de ces risques.

Les figures 35, 36 et 37 nous précisent l'origine de la connaissance des risques de dépendance suite à la question 18⁴⁹. L'origine de cette connaissance varie fortement que le répondant soit PS ou non-PS. En effet, chez les PS, les deux tiers des réponses concernent des sources officielles, des livres, revues ou publications scientifiques et l'apprentissage lors des études ou lors de l'exercice professionnel. Les médias ne représentent que 9% et la lecture de la notice 6% des sources. Chez les non-PS, presque un quart de cette connaissance provient des médias, et plus de 15% de la notice. Le reste des sources provenant de l'entourage chez les non-PS. La part de l'origine de sources officielles est très faible chez les non-PS, moins de 2%.

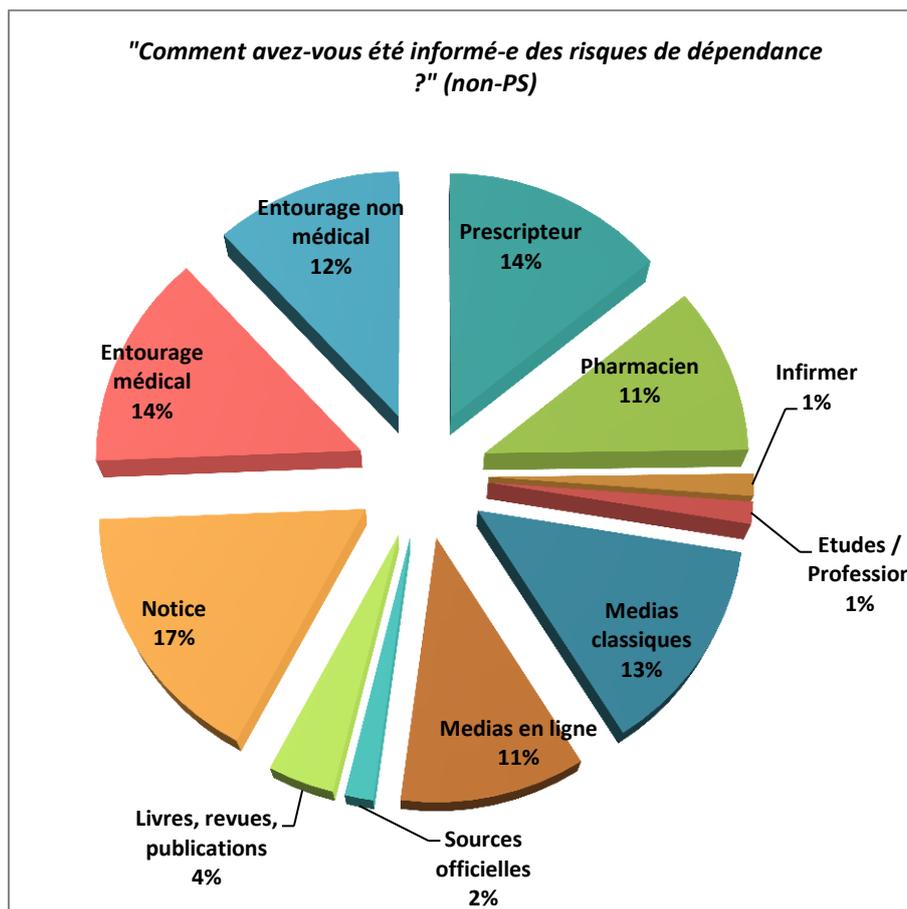


Figure 35 : Connaissance du risque chez les non-PS

⁴⁹ « Comment avez-vous été informé-e de ces risques de dépendance ou d'addiction ? »

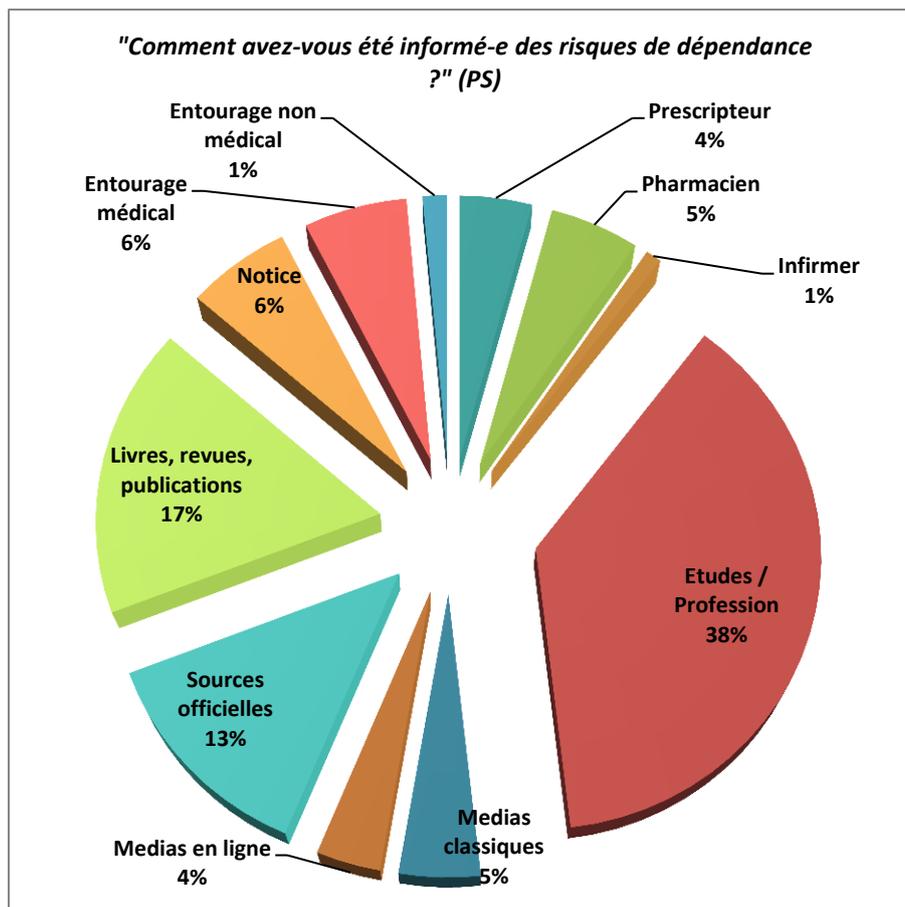


Figure 36 : Connaissance des risques chez les PS

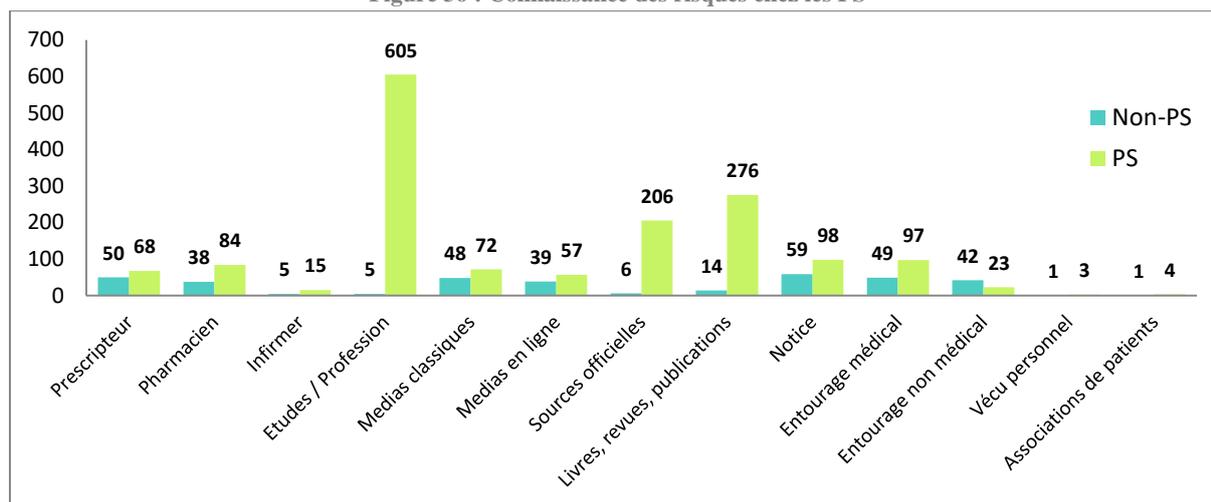


Figure 37 : « Comment avez-vous été informé-e des risques de dépendance ? »

La question 20⁵⁰ recueillait l'avis des répondants sur la communication faite au sujet des risques de dépendance et d'addiction. Les résultats, présentés sur la Figure 38, nous apprennent que la moitié des répondants trouvent cette communication pertinente. Cependant, plus de 80% des répondants la jugent insuffisante. Il semble primordial que les rares informations et communications diffusées le soient plus amplement.

⁵⁰ « Selon-vous, la communication faite aujourd'hui sur les risques de dépendance ou d'addiction aux médicaments est... »

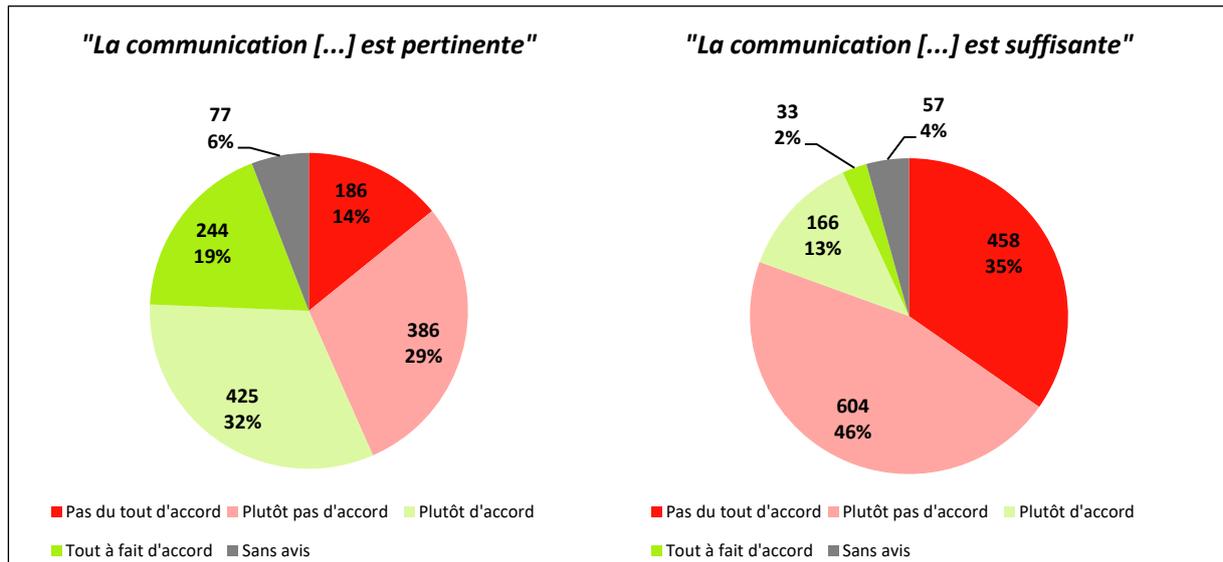


Figure 38 : Avis des répondants sur la pertinence et fréquence de la communication sur les risques de dépendance

5 – Evaluation des professionnels de santé

Le Tableau 11 détaille les caractéristiques de la sous-population des PS. La répartition selon le genre est très similaire à celle de l'ensemble des répondants (environ un quart de répondants sont des hommes). Parmi les 892 PS, on note que 3 répondants sur 4 sont des femmes, 1 sur 4 est un médecin, et 2 sur 4 sont issus d'un métier de la pharmacie. 1 répondant sur 5 est un pharmacien exerçant en établissement de santé (tableau H du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, CNOP). Enfin, un répondant sur 10 est psychiatre de formation. La catégorie « Autres » regroupe toutes les réponses dont l'effectif est inférieur à 3. Elle comporte des métiers divers et variés, dont certains ne sont pas reconnus officiellement comme PS (secrétaire médicale, ostéopathe, musicothérapeute, art-thérapeute), et d'autres, officiellement PS mais peu représentés parmi les répondants (maïeutique, pédicure-podologue, psychomotricien, vétérinaire).

Seulement 5% des répondants possèdent une formation complémentaire dans les thématiques suivantes : prise en charge de la douleur, soins palliatifs, toxicologie, addictologie. Cependant, puisque la question sur la formation complémentaire était à champ libre de réponse, il est possible que des répondants possédant une telle formation ne l'aient pas précisé. Enfin, 7 répondants sur 10 exercent leur profession dans un établissement de santé.

N = 892

Age (n=N)	N	% parmi N
19-24 ans	102	11,4%
25-29 ans	286	32,1%
30-34 ans	171	19,2%
35-39 ans	93	10,4%
40-44 ans	63	7,1%
45-49 ans	58	6,5%

50-54 ans	42	4,7%
55-59 ans	34	3,8%
60-64 ans	32	3,6%
65-69 ans	7	0,8%
70-74 ans	3	0,3%
75-79 ans	0	0,0%
> 79 ans	1	0,1%

Genre (n=N)

Ne souhaite pas le préciser	6	0,7%
Homme	216	24,2%
Femme	670	75,1%

Catégorie (n=N)

Auxiliaire de puériculture	3	0,3%
Manipulateur en électroradiologie médicale	3	0,3%
Odontologie	3	0,3%
Psychologue	4	0,4%
Orthophoniste	6	0,7%
Cadre de santé	8	0,9%
Technicien de laboratoire médical	8	0,9%
Masseur-kinésithérapeute	15	1,7%
Aide-soignant	17	1,9%
Autres	24	2,7%
Infirmier	103	11,5%
Médecine	238	26,7%
Pharmacie (préparateurs compris)	460	51,6%

Pharmacien-nes

454 50,9%

Section C - Distribution	3	0,3%
Interne en Innovation Pharmaceutique et Recherche	6	0,7%
Section G - Biologie (hors internes)	6	0,7%
Etudiant en DFGSP2 / DFGSP3	10	1,1%
Interne en Biologie Médicale	10	1,1%
Section A - Titulaire d'officine	10	1,1%
Section D - Adjoint d'officine	24	2,7%
Préparateur en pharmacie	25	2,8%
Section B - Industrie	32	3,6%
Etudiant en DFASP1 / DFASP2 / DFASP3	57	6,4%
Interne en Pharmacie Hospitalière	76	8,5%
Section H - Etablissements de soins	195	21,9%

Médecins

238 26,7%

Etudiant-e en DFASM1 / DFASM2 / DFASM3	1	0,1%
Etudiant-e en DFGSM2 / DFGSM3	2	0,2%
Interne	106	11,9%
Diplômé-e	129	14,5%

Spécialités médicales

235 26,3%

Médecine et santé au travail	1	0,1%
Médecine intensive et réanimation	1	0,1%
Médecine légale et expertises médicales	1	0,1%
Neurologie	1	0,1%

Oto-rhino-laryngologie - Chirurgie cervico-faciale	1	0,1%
Pneumologie	1	0,1%
Allergologie	2	0,2%
Biologie médicale	2	0,2%
Dermatologie et vénéréologie	2	0,2%
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	2	0,2%
Hématologie	2	0,2%
Maladies infectieuses et maladies tropicales	2	0,2%
Médecine cardiovasculaire	2	0,2%
Oncologie	2	0,2%
Radiologie et imagerie médicale	2	0,2%
Gynécologie obstétrique	3	0,3%
Hépto-gastro-entérologie	3	0,3%
Médecine interne et immunologie clinique	3	0,3%
Médecine physique et de réadaptation	3	0,3%
Chirurgie (toutes spécialités confondues)	4	0,4%
Rhumatologie	4	0,4%
Gériatrie	6	0,7%
Anesthésie-réanimation	7	0,8%
Pédiatrie	9	1,0%
Médecine d'urgence	18	2,0%
Médecine générale	61	6,8%
Psychiatrie	90	10,1%
Formation complémentaire	49	5,5%
Toxicologie	4	0,4%
Infirmièr-es	0	0,0%
Médecins	0	0,0%
Pharmacien-nes	4	0,4%
Douleur / Soins palliatifs	21	2,4%
Infirmièr-es	3	0,3%
Médecins	9	1,0%
Pharmacien-nes	9	1,0%
Addictologie	24	2,7%
Infirmièr-es	1	0,1%
Médecins	2	0,2%
Pharmacien-nes	21	2,4%
Lieux d'exercice principal (n=N)		
Les deux	23	2,6%
Ville	105	11,8%
Non applicable / Non concerné	124	13,9%
Etablissement de santé	640	71,7%
Service d'exercice	447	50,1%
Imagerie	4	0,4%
Milieu carcéral	4	0,4%
Industrie	5	0,6%
Recherche	5	0,6%
Douleur / Soins Palliatifs	7	0,8%
Officine	7	0,8%
Santé publique	7	0,8%
Hygiène	10	1,1%
Pharmacologie / Pharmacovigilance	13	1,5%

Gériatrie	15	1,7%
Libéral	15	1,7%
Addictologie	16	1,8%
Réanimation / Soins intensifs	16	1,8%
Biologie	23	2,6%
MPR / SSR	23	2,6%
Urgences	42	4,7%
Psychiatrie	66	7,4%
MCO Autres	77	8,6%
PUI	122	13,7%

Tableau 11 : Caractéristiques populationnelle détaillées des professionnels de santé répondants

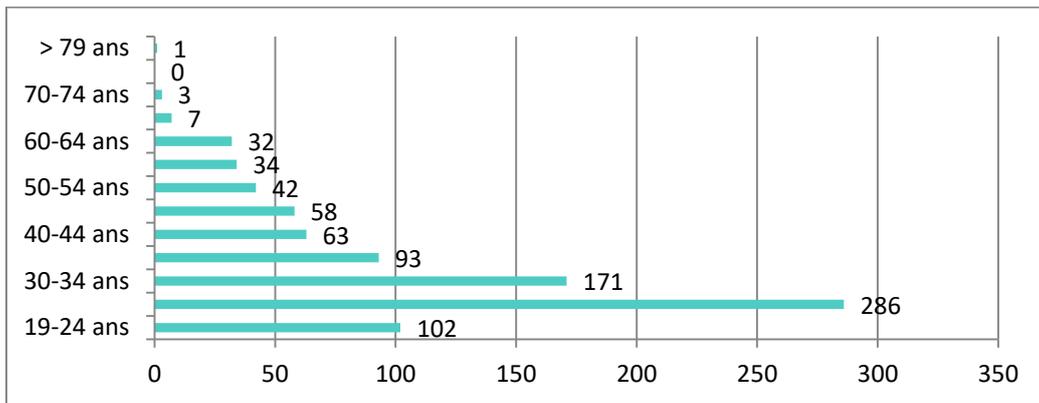


Figure 39 : Répartition des répondants PS par tranche d'âge

Les questions suivantes de l'enquête nous amènent à la partie qui interroge les PS sur des questions précises, notamment les posologies recommandées de tramadol. Comme précédemment, une analyse a été réalisée en fonction des notes auto-attribuées à la question 5 d'auto-évaluation des connaissances concernant le tramadol. Les réponses sont présentées sur la Figure 40 et la Figure 41. La réponse correcte est celle présentée en vert, les réponses surévaluant la posologie sont présentées en rouge et celles qui la sous-évaluent sont en nuances de bleu.

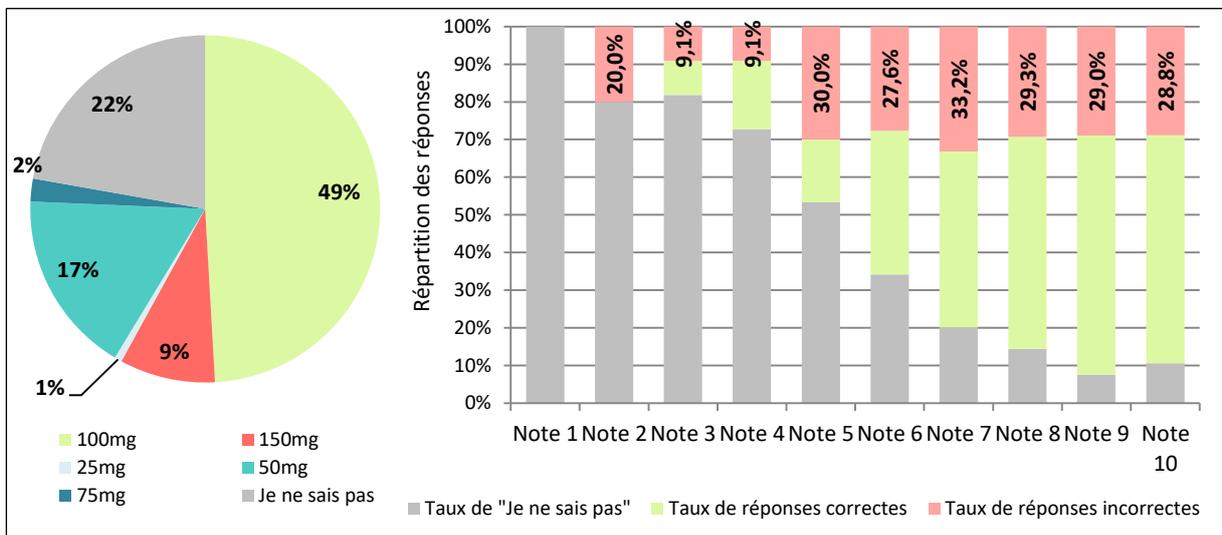


Figure 40 : Posologie maximale de tramadol par prise

La moitié des répondants ont sélectionné la bonne réponse, et presque un quart ont indiqué ne pas connaître la posologie par prise du tramadol. Moins de 10% des répondants ont surestimé la posologie par prise, et le reste l'a sous-estimée. Enfin, plus la note auto-attribuée est élevée, plus la proportion de « Je ne sais pas » diminue. Le taux de réponses incorrectes est assez équivalent pour les notes supérieures ou égales à 5.

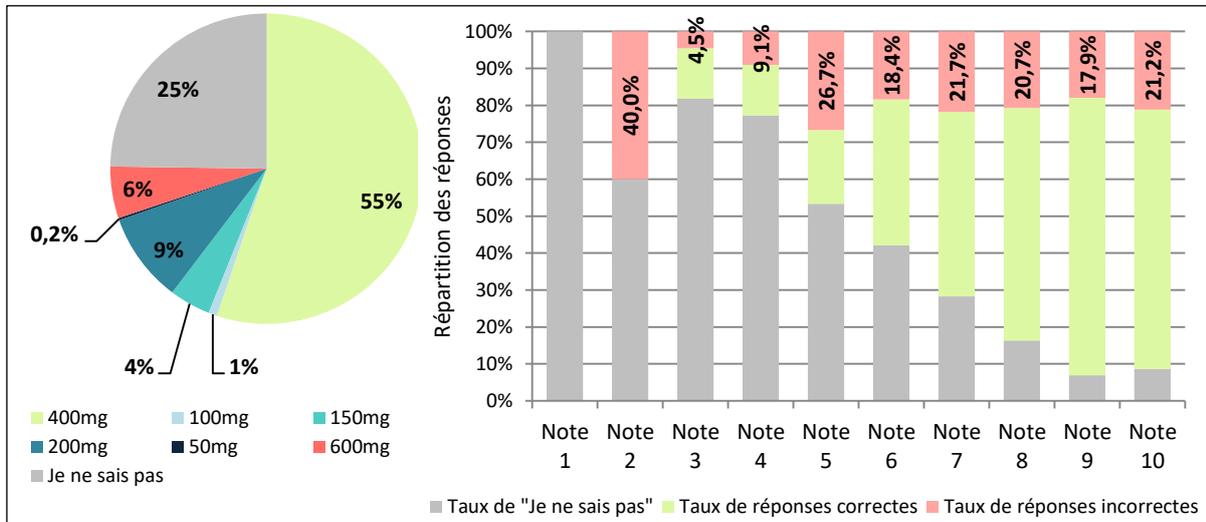


Figure 41 : Posologie maximale de tramadol par 24h

Les résultats sur la posologie maximale par 24h sont assez similaires des précédents. Cependant, le taux de réponses incorrectes est moins élevé (55% globalement). De plus seulement 6% des répondants (contre 9% précédemment) ont surestimé la posologie.

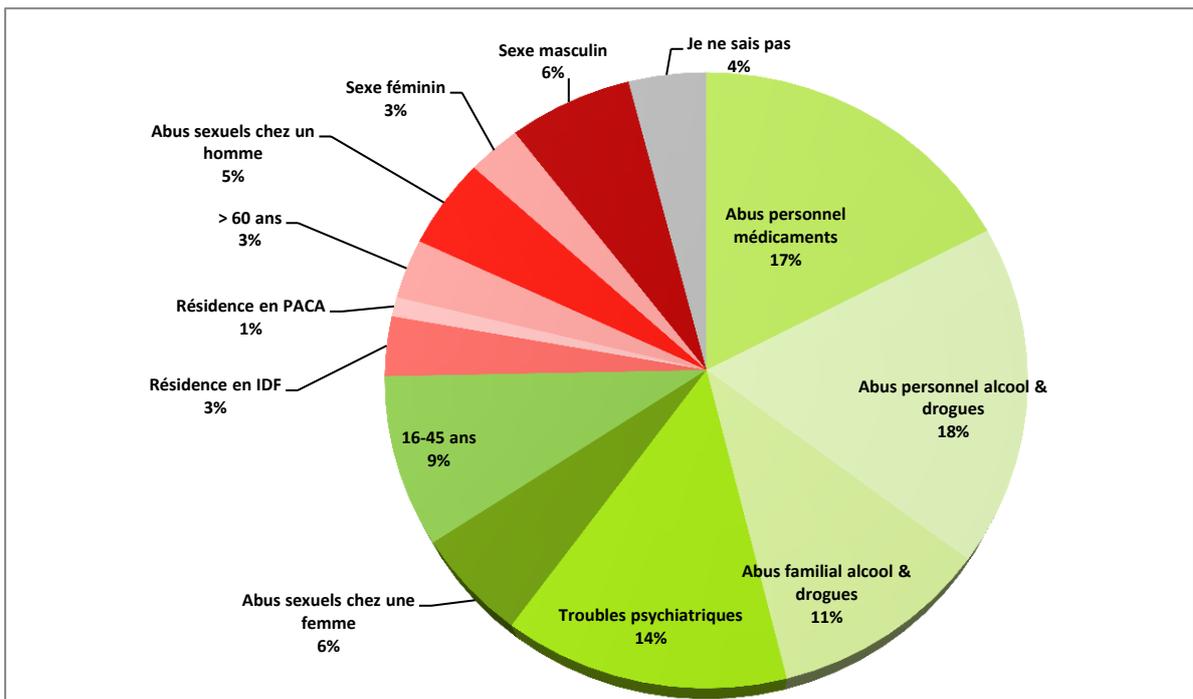


Figure 42 : Taux de citation des facteurs associés à un risque de dépendance

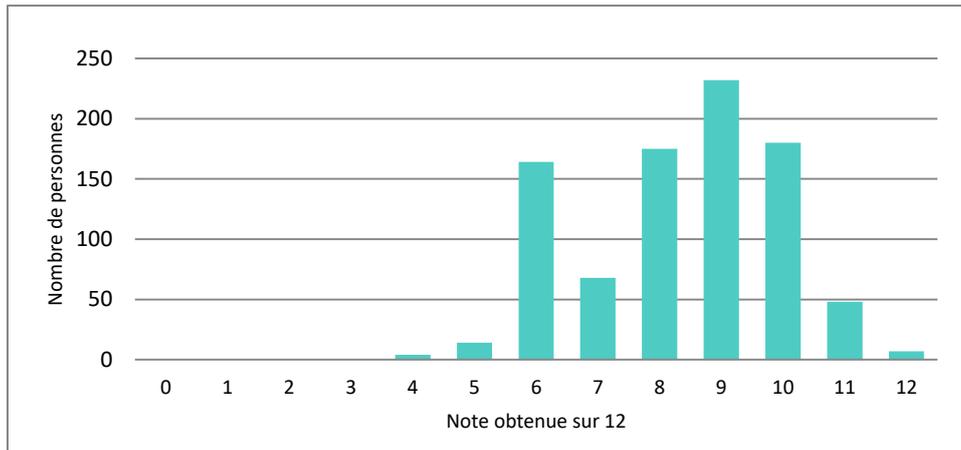


Figure 43 : Note obtenue à l'interrogation des facteurs de risque

La question 35⁵¹ portait sur les facteurs de risques associés à un risque de dépendance ou d'addiction. Les réponses sont présentées sur la Figure 42⁵². Les catégories en rouge correspondent aux réponses incorrectes, et celles en vert aux réponses correctes. 3 réponses cochées sur 4 étaient correctes. Les réponses incorrectes les plus sélectionnées étaient les réponses « Sexe masculin » et « Antécédents d'abus sexuels lors de l'enfance chez l'homme ».

Une note a été attribuée à chaque répondant. Sur les 12 propositions de la question 35, un point a été attribué si une proposition correcte était cochée ou si une proposition incorrecte n'était pas cochée. Les résultats sont présentés sur la Figure 43. On observe que peu de répondants avaient une note inférieure à 6 sur 12, et la grande majorité des notes étaient comprises entre 6 et 10 sur 12. Ces résultats traduisent une bonne connaissance des facteurs de risque de dépendance.

⁵¹ « Quels sont les facteurs directement associés à un risque augmenté de dépendance ? »

⁵² PACA : Provence Alpes Côte d'Azur ; IDF : Île-De-France

Enfin, la dernière question d'évaluation portait sur le nombre de décès survenus en France en 2019 et directement liés à 4 substances : tramadol, paracétamol, morphine et méthadone. Sur les figures 44 à 47 sont présentées les réponses à la question 36⁵³. Y apparaissent en vert les réponses correctes, en rouge les réponses surestimant le nombre de décès et en bleu celles les sous-estimant.

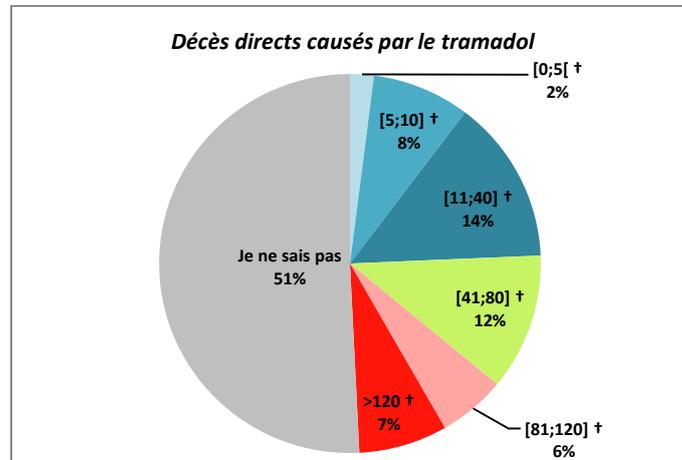


Figure 44 : Décès directs par le tramadol

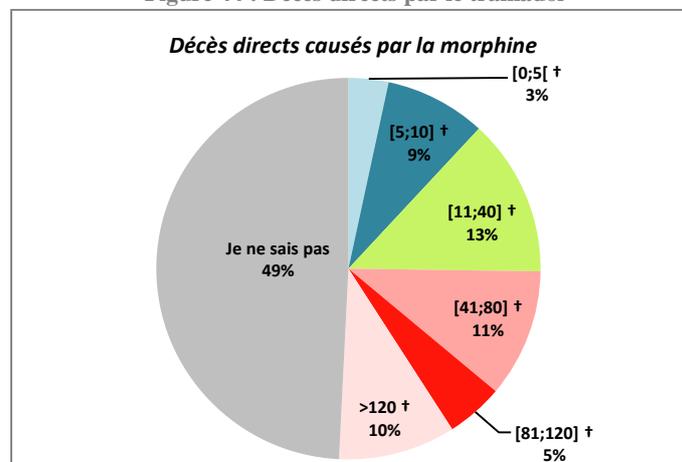


Figure 45 : Décès directs par la morphine

⁵³ « En 2019 en France, les médicaments suivants ont causé de manière DIRECTE ____ décès »

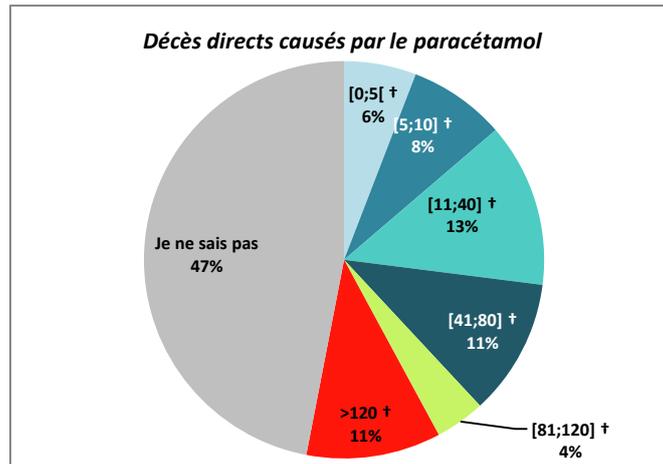


Figure 46 : Décès directs par le paracétamol

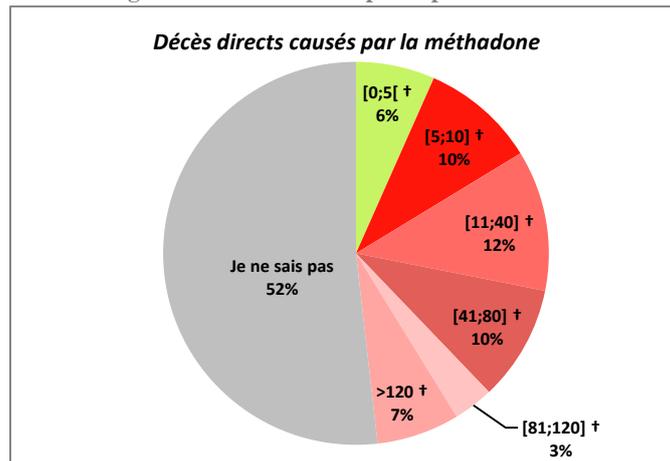


Figure 47 : Décès directs par la méthadone

On observe que la connaissance de cette information est assez faible : plus de la moitié des répondants indiquent spontanément ne pas connaître le nombre de décès causés directement par les substances, et seulement 6 à 13% (selon les substances) des répondants ont trouvé la bonne réponse. Concernant le tramadol, les répondants avaient plus tendance à sous-estimer le nombre de décès, alors que pour la morphine ils étaient plus nombreux à le surestimer. Le paracétamol est la substance pour laquelle le moins de personnes ont trouvé la bonne réponse, et c'est également la substance pour laquelle les répondants ont tendance à sous-estimer le nombre de décès : 4 répondants sur 10 ont sous-estimé ce nombre. Le nombre de décès dus à la méthadone a été fortement surestimé, même s'il n'était pas possible de le sous-estimer au vu des propositions de réponses.

Au final, comme le montre la Figure 48, la majorité des répondants n'ont trouvé aucune des réponses, 1 sur 5 avait une seule bonne réponse, et un nombre très faible de répondants avait plus d'une bonne réponse.

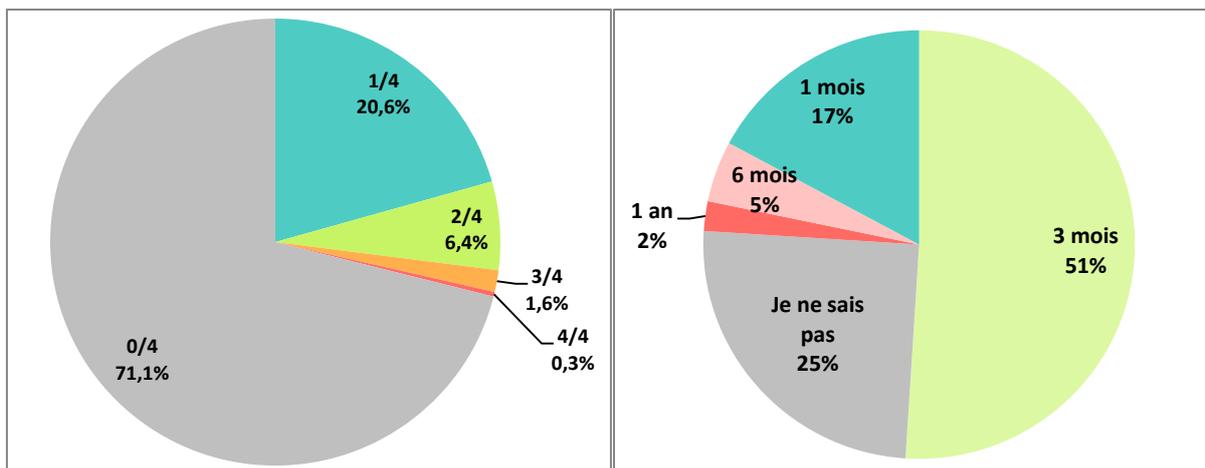


Figure 48 : Note obtenue à la question 36

Figure 49 : « Quelle est la durée maximale de prescription de spécialités contenant du tramadol ? »

La question 32⁵⁴ interrogeait les PS sur la durée maximale de prescription du tramadol (Figure 49). La moitié y ont répondu correctement (3 mois), et un quart indique ne pas connaître cette durée, le reste des répondants la sous-estimant en majorité. Ce faible taux de réponses correctes nous indique que la récente modification de la législation décidée par l'ANSM en mars 2020 n'a pas été assez communiquée et relayée. Une analyse détaillée montre que le taux de réponse correcte est de 70% chez les PS des métiers de la pharmacie, et de 37% parmi les médecins.

La Figure 50 présente une analyse entre la note que se sont attribués les PS à la question 5, et la réponse qui a été donnée à la question 32. Le même code couleur est utilisé que pour les figures précédentes. On observe que plus la note augmente, plus le taux de « Je ne sais pas » diminue. Cependant, cette diminution ne se fait pas uniquement au profit de la réponse correcte, et on observe un taux de réponses surestimant la durée de prescription plus élevé dans les notes les plus élevées.

⁵⁴ « Quelle est la durée maximale de prescription de spécialités contenant du tramadol ? »

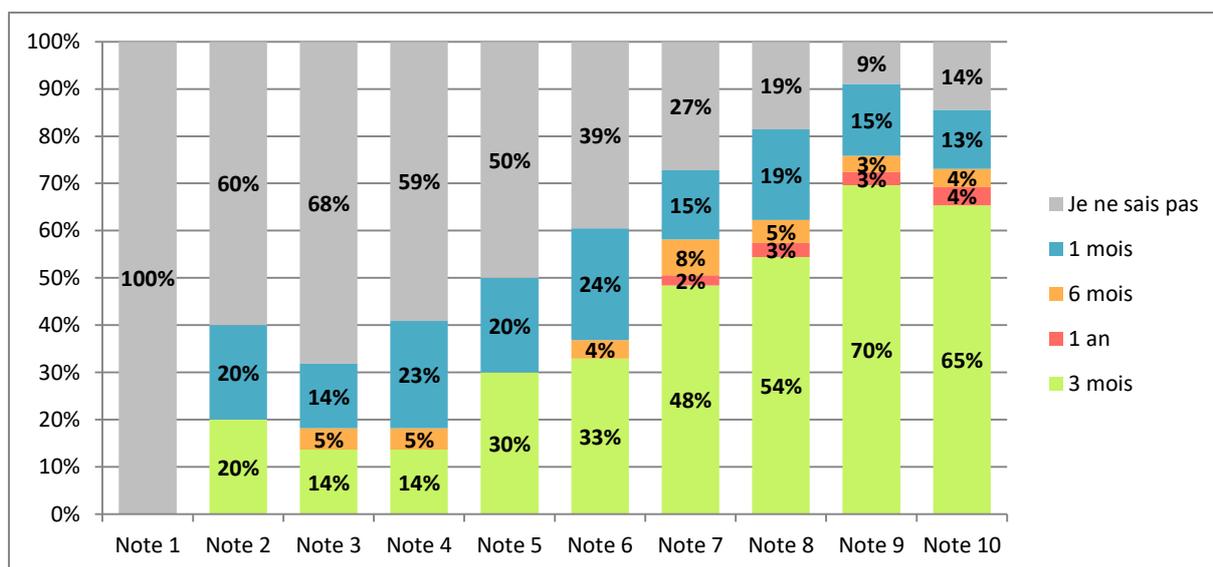


Figure 50 : Corrélation entre la note auto-attribuée à la question 5 et la réponse donnée à la question 32 « Quelle est la durée maximale de prescription de spécialités contenant du tramadol ? »

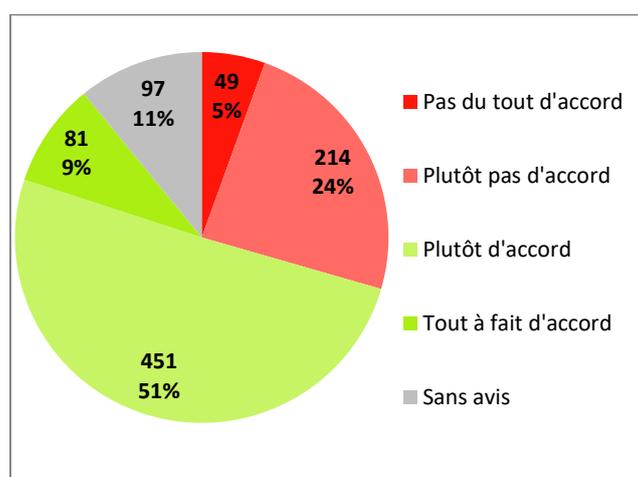


Figure 51 : « Pensez-vous que cette réduction a eu un impact sur les risques d'addiction ou de dépendance »

La question 37⁵⁵ interrogeait les PS sur leur avis suite à la réduction de cette durée maximale de prescription (Figure 51). Une grande majorité se déclare en accord sur l'impact de cette mesure sur les risques d'addiction ou de dépendance. Cependant, plus d'un quart des répondants ne se sent pas en accord avec cette affirmation. L'efficacité d'une telle mesure est difficile à estimer et des enquêtes poussées avec les données de prescription et de dispensation pourraient peut-être répondre à ces interrogations.

6 - Dépendance et exercice professionnel

Enfin, les dernières questions posées aux PS portaient sur le vécu ou non d'une situation de dépendance ou d'addiction au cours de l'exercice professionnel. La question 38, « Avez-vous déjà été confronté au cours de votre exercice professionnel à des situations de dépendance ou d'addiction au tramadol ? » était ainsi posée à tous les PS. Plus d'un PS sur trois a répondu

⁵⁵ « Pensez-vous que cette réduction a eu un impact sur les risques d'addiction ou de dépendance ? »

par l'affirmative, et a donc ensuite répondu à la question 39 « Comment avez-vous réagi ? ». Les résultats de ces deux questions sont présentés dans la Figure 52. Parmi les 324 PS ayant été confrontés à de telles situations, près de 3 sur 4 ont contacté eux même ou conseillé au patient de s'orienter vers un professionnel ou une structure adaptée.

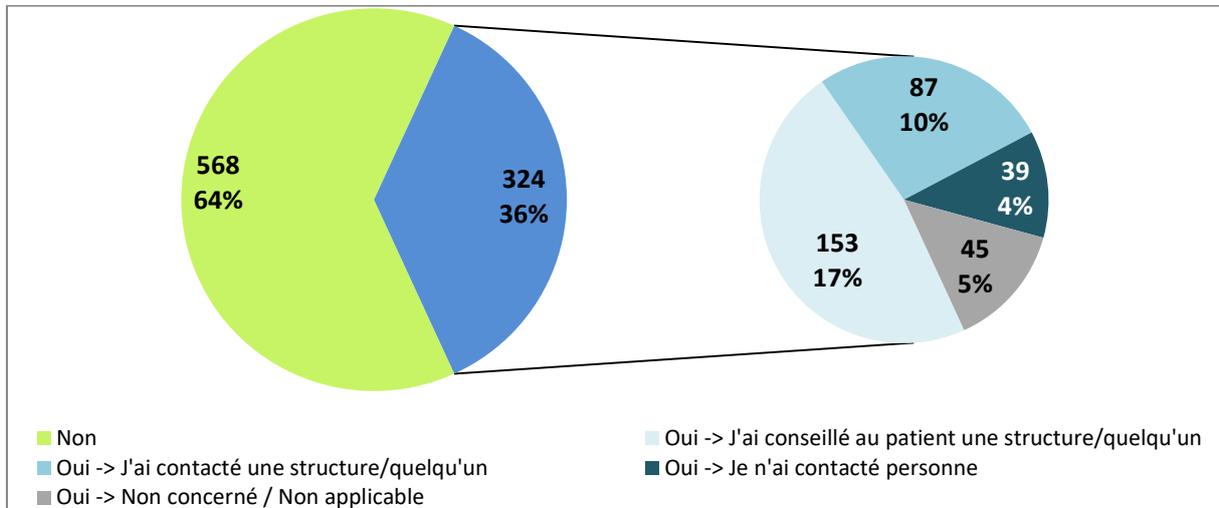


Figure 52 : Réponses aux questions 38 et 39

L'orientation donnée (question 40) est présentée sur la Figure 53. Lorsque le PS conseillait au patient de s'adresser à quelqu'un ou une structure, dans la majorité des cas il l'adressait vers un CSAPA, un addictologue ou le prescripteur. Quand c'était le PS qui prenait le contact, il le faisait dans la plupart des cas auprès du prescripteur, ou dans une structure spécialisée en addictologie (CSAPA, ELSA, ou addictologue).

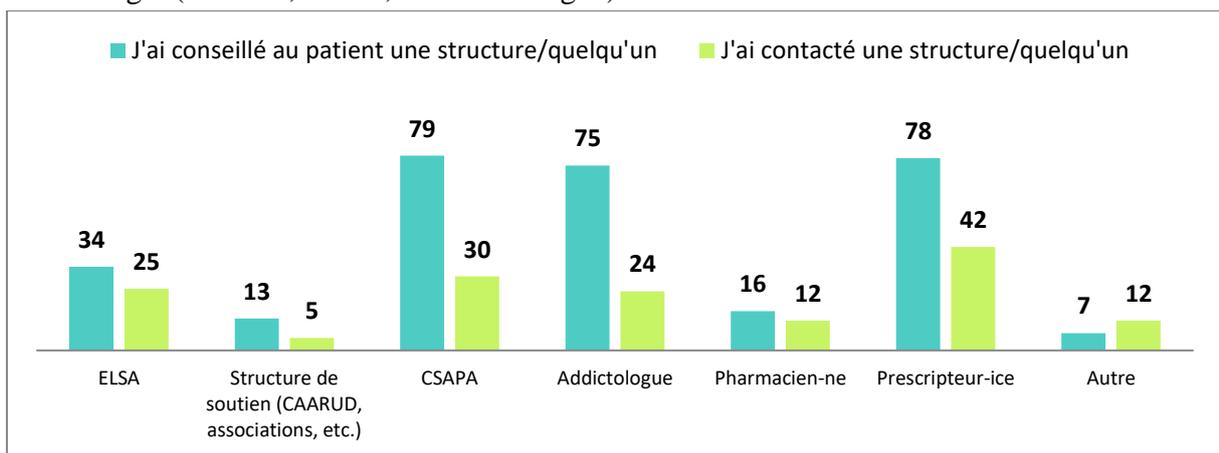


Figure 53 : Orientation après une situation de dépendance / d'addiction

Enfin, il était demandé aux PS ayant répondu n'avoir pris contact avec personne les raisons de cette inaction. Comme présenté sur la Figure 54, sur les 39 répondants, dans 39% des cas, la prise en charge allait être ou était déjà assurée.

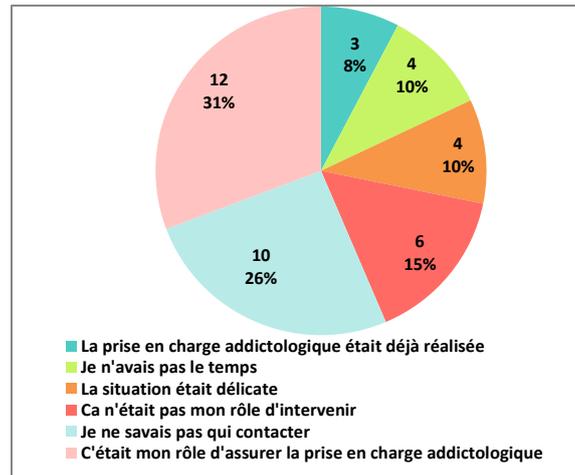


Figure 54 : Pourquoi n'avez-vous pris contact avec personne ? (n=39)

Cependant, 26% des répondants indiquaient ne pas savoir qui contacter, ce qui souligne la nécessité de rappeler auprès de tous les PS les structures existantes afin d'orienter au mieux les patients et d'avoir une prise en charge optimale.

7 - Message de prévention

Une question sur la présence d'un message de prévention donné par les PS a été posée en début de questionnaire⁵⁶.

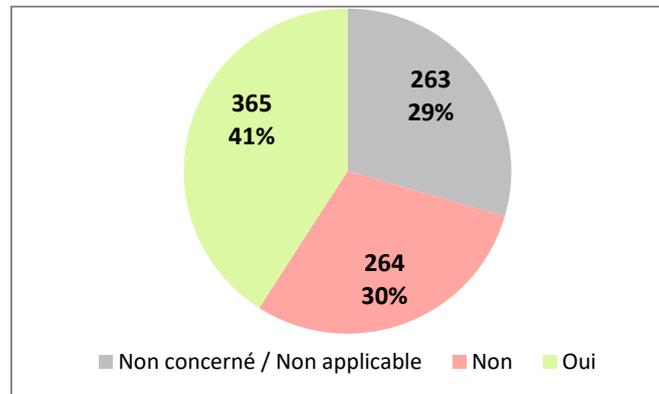


Figure 55 : « Délivrez-vous un message de prévention sur les risques de dépendance ou d'addiction au tramadol ? »

Comme le montre la Figure 55, un PS sur 4 délivre un message de prévention, 3 sur 10 ne sont pas concernés et 3 sur 10 ne donnent pas de message. Une autre question sur le message ou l'attitude au sujet des risques de dépendance ou d'addiction sur le tramadol a été posée à la fin du questionnaire. Il était demandé aux PS s'ils pensaient modifier leur attitude ou leur message à la lumière des nouveaux éléments portés à leur connaissance. Les résultats de cette question 42 sont présentés dans la Figure 56.

⁵⁶ Question 31 : « Délivrez-vous un message de prévention sur les risques de dépendance ou d'addiction au tramadol ? ». Réponses possibles : Oui ; Non ; Non concerné/Non applicable

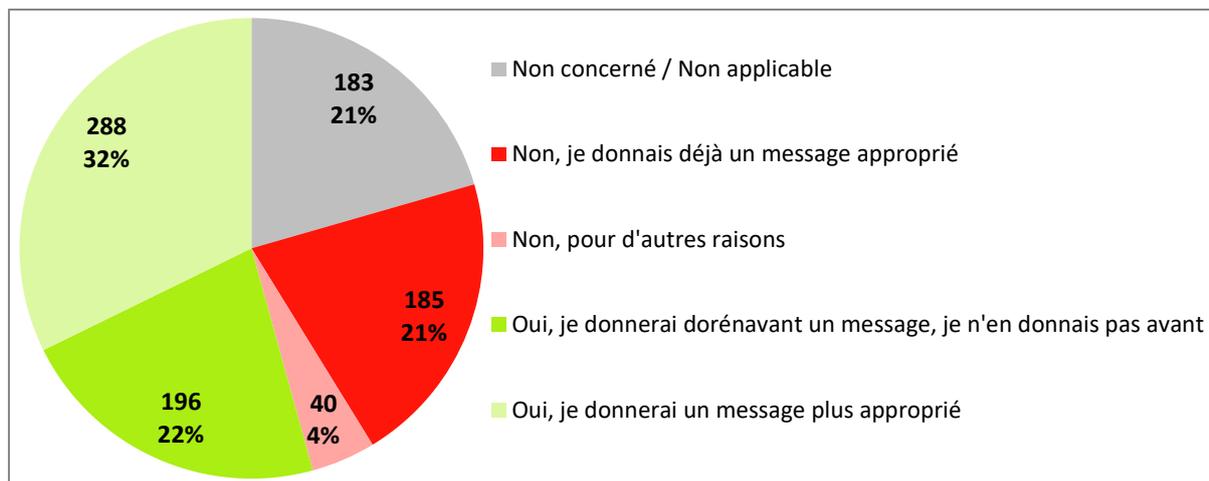


Figure 56 : « Maintenant que vous avez réalisé ce questionnaire, pensez-vous modifier votre attitude/message concernant les risques de dépendance ou d'addiction au tramadol ? »

Ces résultats nous apprennent que 22% des répondants vont désormais donner un message : ils n'en donnaient pas avant. Cela représente presque 200 personnes. 288 personnes qui donnaient déjà un message vont l'adapter au vu de ces nouvelles informations. Ainsi, plus de 50% des répondants vont avoir un message plus approprié pour la prévention des risques de dépendance ou d'addiction lié au tramadol. 25% des PS indiquent ne pas modifier leur attitude, mais 21% estiment qu'ils donnaient déjà un message approprié.

La Figure 57 fait la relation sur l'évolution de l'attitude ou du message en fonction de la réponse qui avait été donnée plus tôt (question 31) et celle donnée à la fin (question 42). On observe ainsi que les PS qui pensent modifier leur message ou leur attitude sont principalement ceux qui ne donnaient pas de message avant, mais également une partie de ceux qui ne se sentaient pas concernés. La majorité de ceux qui donneront un message plus approprié en donnaient déjà un, mais encore une fois des PS ne se sentant pas concernés donneront désormais un message plus approprié. Enfin, la majorité de ceux qui n'ont pas prévu de modifier leur message en donnaient déjà un.

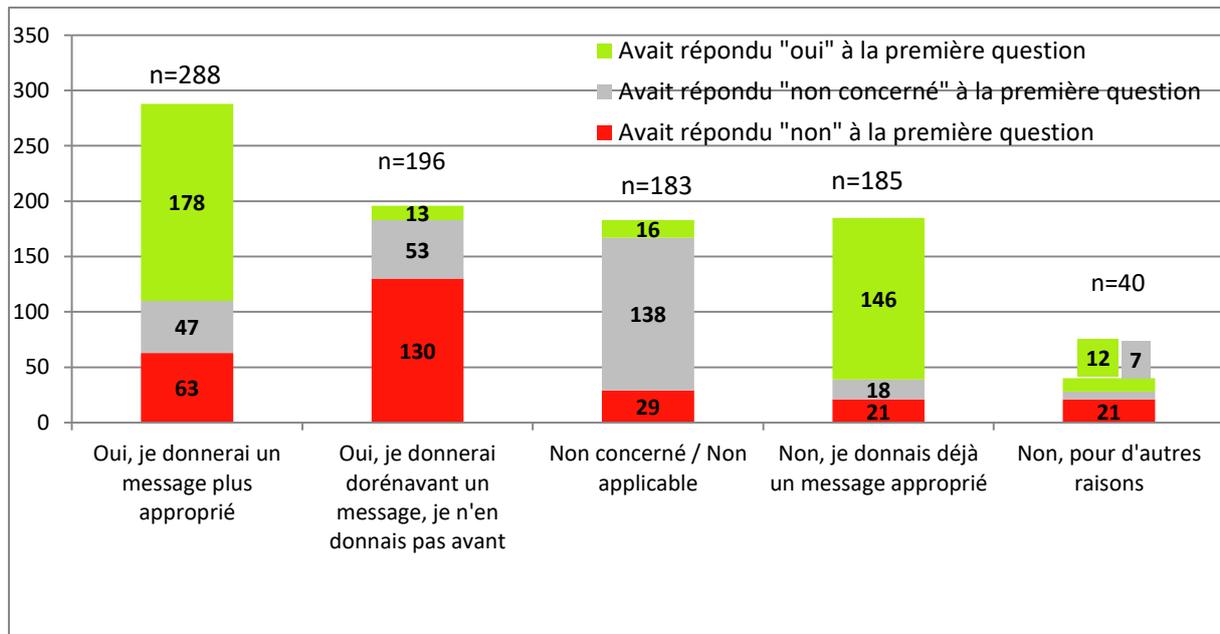


Figure 57 : Evolution de l'attitude et du message au fil de l'enquête

E - Limites de l'étude

1 - Biais de sélection

Le questionnaire a été massivement diffusé via un réseau professionnel localisé sur quelques établissements de santé et quelques départements. Les résultats ne sont pas représentatifs de la population française à de nombreux égards. Ces différences sont présentées dans le Tableau 12, ci-dessous. Les données pour la population française sont issues de l'INSEE⁵⁷. (76)

Tranches d'âge	% des répondants	% de la population française
19-24 ans	9,2%	5,7%
25-29 ans	25,0%	5,5%
30-34 ans	18,4%	6,0%
35-39 ans	9,3%	6,3%
40-44 ans	7,5%	6,1%
45-49 ans	6,5%	6,6%
50-54 ans	6,4%	6,6%
55-59 ans	6,6%	6,5%
60-64 ans	5,8%	6,1%
65-69 ans	2,4%	5,7%
70-74 ans	2,0%	5,5%
75-79 ans	0,3%	3,4%
> 79 ans	0,5%	6,1%

⁵⁷ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Genre	Femme	71,3%	51,7%
	Homme	28,0%	48,3%

Tableau 12 : Comparaison population d'étude et population française

De plus, puisque le questionnaire était anonyme et accessible via un simple lien internet, il était possible par n'importe qui d'y répondre plusieurs fois. Une analyse des horaires de réponses, de la cohérence et des doublons a tenté d'écartier ce biais.

2 - Biais de mémorisation

Les participants à l'enquête se voient demander si on leur a déjà prescrit un médicament contenant du tramadol. Vu le nombre important de noms de spécialités disponibles sur le marché, il n'est pas toujours évident de se souvenir de tous les médicaments consommés. De plus, ces traitements sont à visée symptomatique, et donc souvent consommés sur une durée courte. On peut donc supposer que certains participants ont répondu en donnant un faux négatif à cette question par oubli.

3 - Biais de prévarication

C'est un biais rencontré fréquemment sur des enquêtes touchant à un sujet sensible ou tabou dans la société. Ici, on demande ouvertement aux participants s'ils ont consommé plus de médicaments que prescrits, ou plus longtemps (POMI adapté, questions 10 à 15). Il est de connaissance commune que ces agissements sont néfastes pour la santé. Il est donc tout à fait possible que des participants répondent sciemment de façon erronée, tentant de minimiser ce fait.

De plus, après les questions 10 à 15, il est précisé qu'en cas de plus de deux réponses positives, la consommation de tramadol semble problématique. Puisque les participants ont la possibilité de revenir aux questions précédentes et de modifier leurs réponses, il est tout à fait possible que certains l'aient fait afin de diminuer artificiellement leur score POMI.

4 - Biais d'analyse et de construction

Lors de l'analyse des réponses, certaines des réponses comportaient un champ avec du texte libre. Les réponses à certaines questions ont été retraitées et reclassées dans des catégories a posteriori. Le choix arbitraire des catégories a pu mener à une mauvaise interprétation des réponses. Pour contourner ce biais il aurait fallu discuter de manière collégiale du choix des catégories, et réaliser ce classement par deux personnes avant confrontation des choix.

Egalement, en analysant certaines questions, des incohérences ont été observées. En effet, certains répondants de la même profession ne se catégorisaient pas au même niveau d'études (par exemple les kinésithérapeutes ou les pharmaciens). Concernant les kinésithérapeutes, cette situation est probablement due à une récente évolution de la reconnaissance du niveau du diplôme. Pour les pharmaciens, cette situation est sûrement due à l'absence de proposition « BAC + 6 » dans les réponses possibles, alors que les pharmaciens industriels ou officinaux effectuent bien 6 années d'études après le diplôme du baccalauréat.

F - Forces de l'étude

Même s'il n'y avait pas d'objectif de nombre de réponses, le nombre de réponses important donne un grand échantillon. En effet, plus de 1300 réponses ont été obtenues sur une période relativement courte.

Bien que l'enquête soit tournée sur une thématique médicale, 32% des répondants n'étaient pas des professionnels de santé.

Le nombre important de questions, et la liberté de répondre aux questions à champ libre, ainsi que la présence presque systématique d'items « Je ne sais pas » ou « Non concerné / Non applicable » permettait aux répondants de donner une réponse honnête.

Enfin, la rapidité du questionnaire, surtout pour les non PS, permettait aux répondants de prendre le temps de réflexion nécessaire et de bien assimiler les informations présentées.

DISCUSSION

Les opioïdes médicamenteux en France, et plus largement dans le monde, occupent une place majeure dans les problématiques de santé publique, avec des répercussions directes et indirectes dans de nombreux secteurs (santé, industrie, douanes). Les pays Européens ont pris compte de l'ampleur du phénomène seulement suite à la crise qui a ravagé et persiste encore outre-Atlantique : plus de 500.000 morts en 20 ans. De nombreuses actions ont été entreprises, cependant, le sujet est complexe et vaste : multiplicité des substances, coexistence d'un marché licite et illicite pour de mêmes substances, réglementations et situations très variables d'un pays à un autre...

La classification du tramadol comme opioïde faible cache un grand nombre de problèmes. En effet, son potentiel addictogène n'est pas nécessairement faible, il présente une importante variabilité interindividuelle, de nombreux effets indésirables et peut causer des cas de dépendance ou d'addiction, ainsi qu'un syndrome de sevrage à son arrêt. Moins consommé au début des années 2000 lorsque le dextropropoxyphène était encore disponible sur le marché, le report vers le tramadol a été massif lors du retrait du marché de ce dernier. De plus, la meilleure prise en charge antalgique des Français a dans le même temps contribué à cette augmentation et un grand nombre de nouveaux services hospitaliers utilisent désormais cette molécule, comme le montre l'analyse approfondie des consommations de la région Centre-Val de Loire. Même si la consommation d'antalgiques semble se stabiliser voire diminuer cette dernière décennie, les indicateurs de mésusage, d'hospitalisations et de décès sont, eux, en hausse.

La prévalence de la prescription de tramadol dans notre échantillon est de 48% (Figure 27), et nous avons mis en évidence un lien entre prescription de tramadol et consommation en dehors d'une prescription (Tableau 10). Presque la moitié des personnes ont répondu « Oui » à une des 6 questions du POMI adapté (Figure 29), et 10% ont un score de 2, score considéré comme problématique. Parmi les 6 questions du POMI adapté, c'est la question « Avez-vous déjà ressenti la sensation de "planer" [...] » qui a le plus fort taux de réponses positives : 40% des personnes qui ont consommé du tramadol ont ressenti cet effet (Figure 30). Il semble ainsi nécessaire de bien informer les patients de cet effet indésirable avant toute consommation de tramadol. Parmi les répondants, 6,8% estiment d'eux-mêmes avoir déjà rencontré personnellement un phénomène de dépendance ou d'addiction. Ce sont, sans surprise, ces répondants qui ont les scores POMI les plus élevés (Figure 31).

Notre enquête, dont deux tiers des répondants sont des professionnels de santé, montre que les répondants estiment avoir une assez bonne connaissance du tramadol avec cependant des disparités marquées entre les professionnels de santé et les non professionnels de santé : moyenne à l'auto-évaluation de 7,5 et de 3,4 respectivement (Tableau 9). On observe également que la note auto-attribuée augmente quand le niveau d'études augmente (Figure 26). Même si les risques liés à la consommation de tramadol semblent connus de consommateurs et des professionnels de santé (Figure 33 et Figure 34), on observe dans la

suite de l'enquête que cette connaissance reste superficielle. L'origine de cette connaissance est très diversifiée (Figure 35, Figure 36, Figure 37). Chez les professionnels de santé, l'origine « études / profession » est citée dans presque 40% des réponses. On peut allègrement supposer qu'une partie de ces informations est obsolète et mériterait une actualisation. Chez les non professionnels de santé, un quart des réponses correspond à l'entourage, qu'il soit médical ou non, et un autre quart provient des médias (classiques ou en ligne). Enfin, 17% de cette connaissance provient de la lecture de la notice et le reste majoritairement des médecins et pharmaciens. Ainsi, il semble que les communications et programmes de sensibilisation et de prévention (jugés largement insuffisants en nombre, Figure 38), lorsqu'ils touchent à des sujets de santé publique aux conséquences non négligeables, devraient se dérouler dans des médias, classiques ou en ligne, ce qui permettrait de relayer des messages avec une audience importante.

La suite du questionnaire nous a permis de constater des lacunes des professionnels de santé sur la connaissance du tramadol : 50 à 55% des professionnels de santé seulement ont connaissance des posologies maximum et de la durée de prescription maximale (Figure 40 et Figure 41). La connaissance de la durée de prescription maximale n'excède pas les 51% (Figure 48 et Figure 49). Et même lorsque la note auto-attribuée augmente, le taux de réponses positives augmente principalement au profit du choix « Je ne sais pas ». Le taux d'erreur reste lui assez constant (Figure 50). On observe probablement là une forme d'ultracrédianisme.

Une autre problématique sur les addictions est que les professionnels de santé ne semblent pas bien informés sur le circuit, certes complexe, de la prise en charge addictologique. En effet, ce circuit est complexe et à la frontière entre le champ médical et le champ médico-social. 26% des professionnels de santé ayant fait face à une situation de dépendance ou d'addiction ne savaient pas comment réagir ou ne se sentaient pas concernés (Figure 52). Parmi les situations de dépendance ou d'addiction ou aucune action n'a été entreprise, 26% des professionnels de santé indiquaient ne pas savoir avec qui prendre contact et 25% estimaient ne pas avoir à intervenir ou indiquaient que la situation était délicate (Figure 54).

Notre questionnaire a montré une évolution du contenu du message de prévention délivré par les professionnels de santé envers les patients. 41% indiquaient en début de questionnaire délivrer un message de prévention (Figure 55). Ils sont plus de 32% à indiquer avoir l'intention de modifier leur message afin qu'il soit plus approprié, et 22% à indiquer qu'ils en donneraient un dorénavant (Figure 56). Ces résultats sont encourageants et nous prouvent qu'un questionnaire, même au format court comme le nôtre, permet non seulement de recueillir des informations mais surtout de sensibiliser à des problématiques en présentant des données simples et en rappelant rapidement les règles de prescription et de délivrance. Une partie non négligeable (38%) des professionnels de santé qui avaient répondu « Non concerné / Non applicable » en début du questionnaire indiquent faire évoluer leur attitude

(Figure 57). Au final, 75% des professionnels de santé donneront un message de prévention contre 41% en début de questionnaire.

Notre étude met en lumière la connaissance incomplète et imparfaite des risques inhérents à la consommation de tramadol, non seulement des patients mais surtout des professionnels de santé. Cependant, les réponses nous indiquent que les professionnels de santé peuvent faire facilement évoluer leur attitude et qu'ils sont demandeurs de plus de formations, d'information et de communications sur le sujet. De nombreux outils et supports de formation et de communication sont disponibles. Une diffusion massive de ces outils par des instances nationales permettrait d'engager cette formation et cette sensibilisation, que ce soit à destination des patients ou des professionnels de santé.

Parmi tous les possibilités, on peut citer notamment :

- un déploiement encore plus marqué de la pharmacie clinique, avec une orientation et une formation particulière sur le tramadol
- une intégration de ces sujets dès la formation initiale des professionnels de santé
- une simplification et coordination de l'organisation du circuit de la prise en charge addictologique (en effet, de nombreuses filières pour des prises en charge spécifiques ont vu le jour ces dernières années afin de mieux coordonner le parcours patient)
- une communication sur ce circuit de prise en charge afin que chacun identifie des interlocuteurs privilégiés
- des campagnes de communication grand public sur les risques addictifs avec des représentants des instances de santé publique⁵⁸ (chez les non professionnels de santé, moins de 2% citent les sources officielles comme origine de leur connaissance sur les risques d'addiction)
- la mise en place de grandes enquêtes précises sur le mésusage de ces produits de santé
- un assouplissement du cadre réglementaire autour des traitements de prise en charge des overdoses

⁵⁸ Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et produits de santé, Ministère des Solidarités et de la Santé, Santé Publique France

CONCLUSION

La situation mondiale au sujet des opioïdes est extrêmement variable d'un pays à l'autre. Alors que les Etats-Unis traversent une crise sanitaire depuis des années, l'Europe regarde de près sa situation interne et les pays membres mettent en place des mesures de prévention. En France, suite au retrait du dextropropoxyphène au début des années 2010, de nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été mises en place. En mars 2020, suite à des signaux de mésusage du tramadol, la durée maximale de prescription de ce dernier a été réduite à 3 mois contre 1 an auparavant.

Cependant, ces mesures sont loin de permettre d'appréhender la problématique dans son ensemble. Même si la situation est loin d'être aussi dramatique qu'aux Etats-Unis, l'histoire nous a montré que les tendances évoluent souvent plus vite que l'on peut le prévoir. La crise sanitaire traversée ne peut que déstabiliser les efforts mis en place pour lutter contre les troubles addictifs dans la société et le manque cruel de budget alloué à la prévention en France ne fait qu'augmenter ce risque.

Notre enquête met en lumière plusieurs problèmes au sujet de l'addiction et de la dépendance au tramadol : les professionnels de santé et les patients sont conscients des risques associés à ce traitement mais leur connaissance est soit imparfaite soit obsolète.

La France est classée troisième de l'Union Européenne en espérance de vie à la naissance et deuxième en dépenses de santé en part du Produit Intérieur Brut (40). Cependant, le budget alloué à la prévention représente moins de 2% du budget de la santé contre presque 3% en moyenne pour les autres pays de l'Union Européenne. Une revalorisation du budget de prévention et d'éducation à la santé semble urgente aujourd'hui. La crise sanitaire que nous traversons ne fait que nous le rappeler.

Plusieurs axes peuvent être envisagés pour refondre la santé publique en France : introduction de l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, formation des populations cibles et des professionnels de santé, campagnes de communication grand public.

La prévention, on le sait, n'est pas porteuse d'économies aussi rapidement que la maîtrise économique des dépenses de santé, mais il s'agit d'un investissement à long terme. Il serait grand temps d'introduire une vision à plus long terme que la simple année civile dans les dépenses de santé, à laquelle nous sommes contraints dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie aujourd'hui. Un « Ségur de la Santé Publique », annoncé par Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, à l'été 2020, et qui semble aujourd'hui compromis au regard de échéances électorales, devrait être mis en place au plus vite pour réformer la prévention en France et permettre aux Français de retrouver pleine confiance dans les acteurs du système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Opium. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Opium&oldid=184793761>
2. Gomez G. Opium, opiacés, opioïdes [Internet]. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: <https://tice.ac-montpellier.fr/ABCDORGA/Famille4/OPIUM.htm>
3. Ducrocq C. Crise des opiacés : trois questions sur cette addiction qui fait des ravages. Le Parisien [Internet]. 28 août 2019 [cité 23 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/crise-des-opiaces-trois-questions-sur-cette-addiction-qui-fait-des-ravages-28-08-2019-8140851.php>
4. Bon usage des antalgiques opioïdes. Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes - Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2019 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-antalgiques-opioides-prevention-et-prise-en-charge-du-mesusage-et-des-surdoses-d-opioides-note-de-cadrage
5. Bertin P. Nouvelle classification des antalgiques, au service d'une optimisation de la prise en charge thérapeutique de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. nov 2012;13:A31.
6. Troisfontaine L. Overdoses aux opioïdes : état des lieux, prévention, implication du pharmacien d'officine dans la prise en charge et place de la naloxone [Internet]. [Tours]: Université de Tours, Faculté de Pharmacie Philippe-Maupas; 2019. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/24120707X>
7. Collège National de Pharmacologie Médicale. Opiacées : Les points essentiels [Internet]. 2017 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/opiacees-les-points-essentiels>
8. Hajj A. Recherche de facteurs génétiques intervenant dans la variabilité de la réponse aux opioïdes dans le traitement de la douleur et les traitements de substitution [Internet]. Université René Descartes - Paris V ; Université Saint-Joseph (Beyrouth); 2012. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00750878/document>
9. Métabolisme de la codéine [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.esculape.com/medicament-alerte/codeine-metabolisme.html>
10. Beaulieu P. Pharmacologie des opioïdes [Internet]. 2006 nov 29 [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <https://anesthesiologie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/2018/11/9.Opioi%CC%88des.pdf>
11. Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé. Résumé des Caractéristiques du Produit, Topalgic 50mg, gélule [Internet]. 2020 [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=63435884&typedoc=R&ref=R0363576.htm>
12. Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 2019 févr.
13. Hassamal S, Miotto K, Dale W, Danovitch I. Tramadol: Understanding the Risk of Serotonin Syndrome and Seizures. The American Journal of Medicine. nov 2018;131(11):1382.e1-1382.e6.
14. Bonnet N, Authier N. Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire. Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions; 2018 oct.
15. Perez TE, Mealey KL, Grubb TL, Greene SA, Court MH. Tramadol Metabolism to *O*-Desmethyl Tramadol (M1) and *N*-Desmethyl Tramadol (M2) by Dog Liver Microsomes: Species Comparison and Identification of Responsible Canine Cytochrome P450s. Drug Metab Dispos. déc 2016;44(12):1963-72.

16. Cabut S. Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou. Le Monde [Internet]. 13 mai 2013; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html
17. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
18. Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation. CIM | Publication ATIH [Internet]. 2013 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/nomenclatures-de-recueil-de-linformation/cim>
19. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
20. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [Internet]. 2018 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
21. National Institute on Drug Abuse. Understanding Drug Use and Addiction DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2018 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
22. Classification des psychotropes. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Classification_des_psychotropes&oldid=184923518
23. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Addictions [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2020 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
24. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Surdose d'opioïdes [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/opioid-overdose>
25. Srivastava AB, Mariani JJ, Levin FR. New directions in the treatment of opioid withdrawal. The Lancet. juin 2020;395(10241):1938-48.
26. Rapport mondial sur les drogues. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime; 2018.
27. Monfajon C. Togo : la folie du Tramadol [Internet]. Arte; 2019. Disponible sur: <https://www.arte.tv/fr/videos/088982-000-A/togo-la-folie-du-tramadol/>
28. Ritchie H, Roser M. Opioids, cocaine, cannabis and illicit drugs. Our World in Data [Internet]. 16 mars 2018 [cité 2 août 2021]; Disponible sur: <https://ourworldindata.org/illicit-drug-use>
29. Forsythe M, Bogdanich W. McKinsey Settles for Nearly \$600 Million Over Role in Opioid Crisis. The New York Times [Internet]. 4 févr 2021 [cité 23 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2021/02/03/business/mckinsey-opioids-settlement.html>
30. Monégier P, Baubit B, Lejeune E. Envoyé spécial. Antidouleurs : l'Amérique dévastée [Internet]. France 2; 2019. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=Kp6Y5rMhuVQ>
31. Reines SA, Goldmann B, Harnett M, Lu L. Misuse of Tramadol in the United States: An Analysis of the National Survey of Drug Use and Health 2002-2017. Substance Abuse: Research and Treatment. janv 2020;14:117822182093000.
32. Defert V, Fenwick B, Jany R. USA : morts sur ordonnance [Internet]. Arte; 2018. Disponible sur: <https://info.arte.tv/fr/usa-morts-sur-ordonnance>
33. Käßbohrer P, Murmann M. How To Sell Drugs Online Fast. Netflix; 2019.

34. Seyler T, Giraudon I, Noor A, Mounteney J, Griffiths P. Is Europe facing an opioid epidemic: What does European monitoring data tell us? *Eur J Pain*. mai 2021;25(5):1072-80.
35. Etats-Unis : quatre laboratoires, accusés d'avoir alimenté la crise des opiacés, prêts à payer 26 milliards de dollars pour solder les litiges. *Le Monde* [Internet]. 21 juill 2021; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/07/21/etats-unis-quatre-laboratoires-accuses-d-avoir-alimente-la-crise-des-opiaces-prets-a-payer-26-milliards-de-dollars-pour-solder-les-litiges_6089105_3210.html
36. Tillman R. President Biden signs bills addressing opioid crisis into law. *Spectrum News 1* [Internet]. 29 juill 2021 [cité 1 août 2021]; Disponible sur: <https://spectrumlocalnews.com/nys/central-ny/news/2021/07/29/white-house-joe-biden-bill-sign-opioid-crisis>
37. Mann B. As Opioid Deaths Surge, Biden Team Moves To Make Buprenorphine Treatment Mainstream. *NPR* [Internet]. 27 avr 2021 [cité 1 août 2021]; Disponible sur: <https://www.npr.org/2021/04/27/990997759/as-opioid-deaths-surge-biden-team-moves-to-make-buprenorphine-treatment-mainstre>
38. Rapport européen sur les drogues : Tendances et évolutions 2021 [Internet]. Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies; 2021 juin. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021_en
39. OECD. Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries [Internet]. OECD; 2019 [cité 1 août 2021]. (OECD Health Policy Studies). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries_a18286f0-en
40. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance: Europe 2020 : state of health in the EU cycle. [Internet]. 2020 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: https://op.europa.eu/publication/manifestation_identifieur/PUB_EW0120701ENN
41. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue: un guide européen. [Internet]. LU: Publications Office; 2018 [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/98852>
42. Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé. Résultats d'enquêtes pharmacodépendance-addictovigilance [Internet]. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/page/resultats-denquetes-pharmacodependance-addictovigilance>
43. Association Française des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et Centres Correspondants. DTA (Décès Toxiques par Antalgiques) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/04/09/plaquette-dta-2019-v2.pdf>
44. OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) [Internet]. Association Française des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et Centres Correspondants; 2019. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/26/20210325-oppidum-resultats-enquete-2019.pdf>
45. Association Française des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et Centres Correspondants. DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/04/09/plaquette-drames-2019-v2.pdf>
46. Association Française des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et Centres Correspondants. OPEMA (Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire) [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/26/20210325-opema-resultats-enquete-2015.pdf>
47. Association Française des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et Centres Correspondants. OSIAP (Ordonnances Suspectes, Indicateurs d'Abus Possibles) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/26/20210325-osiap-resultats-enquete-2019.pdf>

48. Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes - Feuille de route 2019-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 juill. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/prevenir-et-agir-face-aux-surdoses-d-opioides-feuille-de-route-2019-2022>
49. Meddispar - Critères [Internet]. [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Criteres#nav-buttons>
50. Chapitre II : Publicité. (Articles L5122-1 à L5122-16) [Internet]. Code de la santé publique. Sect. L5122-1 à L5122-16. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171367/#LEGISCTA000006171367
51. Pérault-Pochat M-C, Montastruc J-L. Analyse du rapport Debré [Internet]. 2011. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/18_mars_2011_-_Analyse_du_rapport_Debre-Even_-_Syndicat_national_des_pharmacologues_hospitaliers_et_universitaires_SYNPHU_.pdf
52. Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé. Actualité - TRAMADOL : une mesure pour limiter le mésusage en France [Internet]. 2020 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/tramadol-une-mesure-pour-limiter-le-mesusage-en-france>
53. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Médicaments antalgiques contenant du tramadol par voie orale (seul ou en association) - Limitation de la durée maximale de prescription à 12 semaines - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. 2021 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Medicaments-antalgiques-contenant-du-tramadol-par-voie-orale-seul-ou-en-association-Limitation-de-la-duree-maximale-de-prescription-a-12-semaines>
54. Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation. MCO par diagnostic ou acte, Scan Santé, Etablissements Publics et Privés, Code diagnostic T40 [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostic-et-actes>
55. Organisation Mondiale de la Santé, éditeur. Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes no. 1 à 8. Genève; 1984. 40 p. (Série « Santé pour tous »).
56. Addiction Suisse. Concepts de prévention des dépendances [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Concepts_de_prevention.pdf
57. David S, Buyck J-F, Metten M-A. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques; 2021 juill.
58. Juste M. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. déc 2012;47(4):293-5.
59. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2018 févr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
60. Qui sommes-nous ? [Internet]. France Assos Santé. [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/presentation/qui-sommes-nous/>
61. Intervenir Addictions. Vers qui orienter ? [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/>
62. MILDECA. Salles de consommation à moindre risque [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/salle-de-consommation-moindre-risque>
63. Janvier C, Viry S. Mission Flash - Les salles de consommation à moindre risque [Internet]. Assemblée Nationale; 2021. Disponible sur: <https://www2.assemblee-nationale.fr/presse/espace-presse/communiques-de-presse/septembre-2021/commission-des-affaires-sociales-mission-flash-salle-de-consommation-a-moindre-risque-presentation-des-conclusions>

64. Gaïa Paris | Salle de consommation à moindres risques [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://gaia-paris.fr/salle-de-consommation-a-moindre-risque/>
65. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique [Internet]. Institut de Santé Publique de l'Inserm; 2021 mai. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-05/inserm-rapportsalleconsomoindrerisque-mai2021.pdf>
66. Agence Presse Médecine. Des « haltes soin addiction » en lieu et place de SCMR. 27 sept 2021;
67. Hotlink - OFDT [Internet]. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/nr2012si1f.pdf>
68. Structures spécialisées en addictologie [Internet]. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/structures-specialisees-addictologie>
69. Association MONTJOIE - Communauté Thérapeutique [Internet]. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.montjoie.asso.fr/index.php?page=ct53>
70. Surdosages aux opioïdes : Agissons ensemble ! [Internet]. OMEDIT Ile de France. 2021 [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: http://www.omedit-idf.fr/surdosages_aux_opioides_agissons_ensemble/
71. Pennel L, Salas-Toquero C, Dematteis M. Étape : un programme pour aider l'entourage des personnes souffrant d'addiction. Actualité et dossier en santé publique. déc 2019;(109):52-7.
72. Limitation de la durée de prescription du tramadol : comment en est-on arrivé là ? Association Française des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et Centres Correspondants; 2020 avr. (Bulletin de l'Association des Centres d'Addictovigilance). Report No.: 14.
73. Remus A, Kreiss A, Cherrih Pavec B. Naloxone, pour qui, comment et quelle forme utiliser ? Réseau Synergie Ville Hôpital [Internet]. 6 juin 2017; Disponible sur: <https://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitution-mso/884-naloxone-pour-qui-comment-et-quelle-forme-utiliser.html>
74. Commission de la transparence : NYXOID 1,8 mg, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2020 févr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161044/fr/nyxoid
75. Ministère des Solidarités et de la Santé. Renforcement de l'accès à la naloxone pour les usagers à risque de surdose d'opioïdes et leur entourage [Internet]. 2020. Disponible sur: http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2020/04/MINSANTE_91.pdf
76. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2021 | Insee [Internet]. [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

ANNEXES

1. OMÉDIT Centre-Val de Loire. Bon usage du Tramadol [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5224.pdf
2. CHU de Toulouse. Fiche de Bon Usage et recommandations morphine et tramadol solution buvable [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/49_fiche_bon_usage_et_recommandations_oramorph_tramadol_v2.pdf
3. CHU de Montréal. Le tramadol pour soulager la douleur [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2018-12/27-3-le-tramadol.pdf>
4. Nathan Chazarenc. Questionnaire complet [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://cutt.ly/tramadol>
5. CHU de Tours. Exemple de conciliation médicamenteuse à l'entrée. 2021.
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Affiche de communication sur le Naloxone [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver>
7. Smith WR, McClish DK, Roberts JD, Kandalaf O, Dahman B, Knisely J, et al. Prescription Opioid Misuse Index in sickle cell patients: A brief questionnaire to assess at-risk for opioid abuse. *J Opioid Manag.* août 2019;15(4):323-31.
8. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med.* déc 2005;6(6):432-42.
9. Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions. Listes des enquêtes de pharmacodépendance-addictovigilance - Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire. 2018 oct p. 41-2.

Annexe 1 : Fiche de bon usage du tramadol, OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2016



**Observatoire des
Médicaments
Dispositifs médicaux
Innovations Thérapeutiques**

FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE
Commission Douleur

Mise à jour : Juin 2016

Bon usage du Tramadol

Validation Comité stratégique : Octobre 2001

CARACTERISTIQUES DU PRODUIT

Le tramadol est un analgésique central de palier II.
Double mécanisme d'action :

- effet opioïde dû à la fixation sur les récepteurs opioïdes de type μ ; métabolisme hépatique (par le cytochrome CYP2D6).
- effet monoaminergique (inhibition de la recapture de sérotonine et noradrénaline) : actif sur les douleurs neuropathiques.
- Élimination rénale

INDICATIONS

- **Voie orale** : traitement des douleurs modérées à intenses (douleurs neurogènes et/ou par excès de nociception).
- **Voie injectable** : traitement des douleurs modérées à intenses de l'adulte, notamment post-chirurgicales.

PRESENTATION, POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- **Voie orale (chlorhydrate de tramadol) :**

Formes et Dosages	Population cible	Nombre de prise journalière recommandée	Posologie et mode d'administration		Dose maximum journalière
Solution buvable 100 mg/ml (10 ml)	adulte et enfant > 12 ans	4 à 6 prises / jour	100 mg /prise		400 mg 8 mg/kg/jour
	enfant > 3 ans (> 15 kg)	3 à 4 prises / jour	1 à 2 mg /kg /prise		
Gélule, cp, cp effervescent ou orodispersible à 50 mg ou 100 mg (sécables) forme LI (libération immédiate)	adulte et enfant > 12 ans	4 à 6 prises / jour	Dose d'attaque : - douleur aiguë : 100 mg - douleur chronique : 50 à 100 mg	Dose d'entretien : 50 à 100 mg / 4 à 6 h	400 mg
Comprimés 50, 100, 150, 200, 300 mg forme LP (libération prolongée)	adulte et enfant > 12 ans	Attention au risque de confusion entre la forme LP 24h et LP 12h			400 mg
		1 à 2 prises / jour /\ selon la spécialité (se référer aux fiches RCP)	2 prises (LP 12h) 50 à 100 mg matin et soir jusqu'à 150 à 200 mg/prise	1 prise (LP 24h) 100 ou 200 mg de préférence le soir, puis, si besoin jusqu'à 400 mg	
association avec le paracétamol : Cp effervescent ou non 37,5 mg tramadol / 325mg paracétamol	adulte et enfant > 15 ans	4 prises / jour	Première prise de 2 cp puis, adapter selon besoin		8 cp / jour

La forme à libération prolongée (LP) peut être utilisée dans les douleurs chroniques : il s'agit d'un traitement de fond.
La forme à libération immédiate (LI) peut être utilisée :

- en titration
- en entre-doses (sans dépasser une dose totale de 400 mg/24h)
- en cas de douleurs aiguës

On peut associer LI et LP : **ne pas dépasser la dose totale de 400 mg par jour.**

- ➡ Attention au risque de confusion entre la forme LP et LI au même dosage.

- **Voie veineuse IV**

En raison de la possibilité de survenue d'hypotension, de défaillance respiratoire et de choc anaphylactique, l'administration IV du Tramadol nécessite une surveillance médicale stricte et la disponibilité d'un matériel de réanimation à proximité.

Formes et Dosages	Population cible	Nombre de prise journalière recommandée	Posologie et mode d'administration	Dose maximum journalière
Solution injectable 100 mg/ 2ml IV	Adulte et enfant > 15 ans	4 à 6 prises / jour	IV lente (2 à 3 min) ou perfusion, ou pompe PCA • La première heure : • douleurs modérées : 50 à 100 mg • douleurs intenses : 100 mg. Si besoin la 1 ^{ère} heure, faire des compléments de 50 mg toutes les 10-20 min, sans dépasser 250 mg (dose d'attaque comprise). • Ultérieurement : 50 à 100 mg / 4 à 6 h	600 mg

- ➡ à partir de 75 ans, il est recommandé d'augmenter l'intervalle entre les prises
- ➡ en cas d'insuffisance hépatique, réduire la dose de moitié ou augmenter l'intervalle entre les prises (toutes les 12 heures)
- ➡ en cas d'insuffisance rénale, pour une clairance de la créatinine < 30 ml/min, augmenter l'intervalle entre les prises (toutes les 12 heures). Éviter le tramadol si la clairance de la créatinine est < 10 ml /min.

OMÉDIT région Centre Val de Loire – Commission Douleur : Fiche BP&BU « Tramadol »
Disponible sur www.omedit-centre.fr

Page 1 sur 2

A SAVOIR

- **Syndrome sérotoninergique** : le tramadol inhibant la recapture de sérotonine, un syndrome sérotoninergique peut survenir lors de son utilisation en association avec d'autres médicaments sérotoninergiques tels que les ISRS ou les IMAO. Le syndrome sérotoninergique se manifeste par au moins 3 des signes suivants : psychiques (agitation, confusion), végétatifs (hypo ou hypertension, tachycardie, hyperthermie, frissons), moteurs (myoclonies, tremblements, rigidité), digestifs (diarrhées). L'arrêt des médicaments sérotoninergiques permet habituellement d'obtenir une amélioration rapide.
- **Dépendance** : Le tramadol peut entraîner une dépendance comme tout antalgique opioïde
- **Equianalgésie** : La puissance du tramadol serait 1/6 à 1/10 de celle de la morphine
- ➔ **En cas d'inefficacité, penser à substituer le tramadol par l'opium (Izalgi®, Lamaline®) (car l'opium seul n'est pas métabolisé par le CYP2D6)**

CONTRE-INDICATIONS ET INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

- **Contre-indications** :
 - Hypersensibilité au tramadol ou aux opiacés
 - Enfant de < 15 ans (gélules LI, injectable), de < 12 ans (gélules/cp LP), de < 3ans (sol.buv)
 - Insuffisance respiratoire sévère / Insuffisance hépato-cellulaire sévère
 - Épilepsie non contrôlée par un traitement
 - Allaitement si un traitement au long cours est nécessaire
 - Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits déprimeurs du SNC
- **Grossesse** :
 - On pourra avoir recours au tramadol quel que soit le terme de grossesse en absence d'alternative (ex : codéine)².
- **Interactions médicamenteuses** :
 - **contre-indiquées** : IMAO, linézolide (respecter un intervalle de 15 jours avec le tramadol), naltrexone, buprénorphine, nalbuphine, pentazocine
 - **associations déconseillées** : carbamazépine (et autres inducteurs enzymatiques), l'alcool
 - **à prendre en compte** : ISRS, IRSNA (risque de syndrome sérotoninergique)

EFFETS INDESIRABLES

- Nausées, vomissements
- Somnolence, céphalées, vertiges, hypersudation, sensation de malaise
- Sécheresse buccale
- Constipation, douleurs abdominales
- Risque de convulsions (surtout si doses élevées) (prise en charge par diazepam)
- Troubles neuropsychiques à type de confusion, hallucinations, délires
- Risque de dépendance
- Dépression respiratoire (antidote = Naloxone)

➔ **Conduite à tenir en cas de convulsion au cours de l'administration de tramadol IV** : Administration de diazépam IV par une seconde voie d'abord, si possible, ou après rinçage de la voie d'abord (précipitation à l'association diazepam-tramadol).

ACTIONS INFIRMIERES

La solution **injectable** de tramadol présente des incompatibilités physico-chimiques avec les solutions **injectables** suivantes : DICLOFENAC, INDOMETACINE, **DIAZEPAM**, PIROXICAM, ACETYL SALICYLATE DE LYSINE.

Surveiller les effets indésirables ; évaluer la douleur et l'efficacité du traitement ; tracer et transmettre les résultats de l'évaluation au médecin pour ajustement du traitement.

SOURCES DOCUMENTAIRES

Fiches RCP (résumé caractéristique produit) Tramadol 2016 -> site www.ema.europa.eu (European Medicines Agency (EMA))

Fiche Bon usage « tramadol » n°1480- CHRU Tours – Avril 2014

²Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT- lecrat.fr – juin 2016)

Annexe 2 : Fiche de bon usage du tramadol, CHU de Toulouse, 2016

 Hôpitaux de Toulouse Comité de lutte contre la douleur		Fiche de Bon Usage et recommandations morphine et tramadol solution buvable (ORAMORPH® et Contramal®/Topalgic®)		Référence : CLUD 49 Version : 2 Date de diffusion Intramet : 2016
Rédaction, vérification et approbation				
Rédigé par		Fonction		Nom
		Médical ou paramédical		Dr. SUC, Dr. BON S. LAPEYRE, M. MARIOTTI, P. SERRANO, H. MARTINI, C. VIARD
Vérifié par		CLUD groupe protocoles		Ottar M. Salem B
Diffusé par le CLUD le :				
		Oramorph®		Contramal® / Topalgic®
	DCI	Morphine		Tramadol
	Présentation	Solution buvable 20 mg/ml, flacon compte gouttes		Solution buvable 100 mg/ml, flacon compte gouttes
	Indication	Douleurs intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible		Douleurs modérées à intenses
	Age	AMM > 6 mois		AMM > 3 ans
	Posologie	Dose journalière : 1mg/kgj soit 0,05 ml/kgj ou 0,8 gtt/kgj Nourrisson < 3 mois : diminution posologie de moitié Exprimer la posologie en nombre de gouttes par prise et nombre de prises par jour		1mg/kg à 2mg/kg par prise 3 à 4 fois par jour (max 8mg/kgj) Ne pas dépasser 100 mg/prise et 400 mg/jour Exprimer la posologie en nombre de gouttes par prise et nombre de prises par jour
	Délai d'action / Durée d'action	15 min / 4h		30 min / 6h
	Contre-indications principales	Insuffisance respiratoire décompensée. Insuffisance hépatocellulaire sévère (avec encéphalopathie). En aigu, traumatisme crânien et Hypertension intra-crânienne en l'absence de ventilation contrôlée. Épilepsie non contrôlée		Hypersensibilité Intoxication aiguë ou surdosage avec déresseurs du SNC Insuffisance respiratoire sévère. Métaboliseur ultra-rapide Insuffisance hépatocellulaire sévère. Epilepsie non contrôlée Convulsions hyperténoïdiques IMAO toute classes, lincolide Inducteurs enzymatiques : rifampicine, carbamazépine et dérivé, barbituriques et millepertuis
	Effets indésirables principaux (CLUD n°210)	-Troubles digestifs : Constipation, nausées, vomissements -Troubles neurologiques : somnolence, états vertigineux -Dépression respiratoire -rétention urinaire -syndrome de sevrage		Idem morphine Syndrome de sevrage - Dépendance + troubles neurologiques : confusion, hallucination étou délire, Convulsions Atteintes biléales : surtout si association au paracétamol
	Surveillance	Fonction respiratoire Niveau de conscience Apparition d'autres effets indésirables (nausées, vomissements, constipation, rétention urinaire, prurit)		* Li. Risque convulsif
		(Se référer au protocole CLUD n°21)		



TRAMADOL : Des signalements graves d'erreurs médicamenteuses chez l'enfant ont été déclarés à l'ANSM en 2016. Ces erreurs (surdosages) étaient liées à un manque d'information ou à des incompréhensions de posologie.

ORAMORPH / TRAMADOL : rédaction de la posologie en nombre de gouttes par prise et en nombre de prises par jour et information des parents sur le respect de la posologie / signes de surdosage.

Solution buvable de tramadol chez l'enfant : attention aux erreurs médicamenteuses – Point d'information (ANSM, 16/06/2016)

	Oramorph® 20mg/ml (flacon compte gouttes)	Topalgic® ou Contramal® 100mg/ml (flacon compte gouttes)																																																			
Quantité par goutte	1 goutte = 1,25 mg	1 goutte = 2,5 mg																																																			
Posologie par prise	0,2mg/kg	1 mg/kg (max 2mg/kg)																																																			
Nombre de prises / j	6 prises / j	3 à 4 prises / j																																																			
Aide à la prescription	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids</th> <th>Dose (gouttes) par prise</th> <th>Dose (mg) par prise</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 à 10kg</td> <td>1goutte</td> <td>1.25</td> </tr> <tr> <td>11 à 17 kg</td> <td>2 gouttes</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>18 à 25 kg</td> <td>3 gouttes</td> <td>3.75</td> </tr> <tr> <td>26 à 32 kg</td> <td>4 gouttes</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>33 à 39 kg</td> <td>5 gouttes</td> <td>6.25</td> </tr> <tr> <td>40 à 45 kg</td> <td>6 gouttes</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>46 à 50 kg</td> <td>7 gouttes</td> <td>8.75</td> </tr> </tbody> </table>	Poids	Dose (gouttes) par prise	Dose (mg) par prise	6 à 10kg	1goutte	1.25	11 à 17 kg	2 gouttes	2.5	18 à 25 kg	3 gouttes	3.75	26 à 32 kg	4 gouttes	5	33 à 39 kg	5 gouttes	6.25	40 à 45 kg	6 gouttes	7.5	46 à 50 kg	7 gouttes	8.75	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Poids</th> <th>Dose (gouttes) par prise</th> <th>Dose (mg) par prise</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 à 15 kg</td> <td>6 gouttes</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>16 à 20 kg</td> <td>8 gouttes</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>21 à 25 kg</td> <td>10 gouttes</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>26 à 30 kg</td> <td>12 gouttes</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>31 à 35 kg</td> <td>14 gouttes</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>36 à 40 kg</td> <td>16 gouttes</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>41 à 45 kg</td> <td>18 gouttes</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>46 à 50 kg</td> <td>20 gouttes</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>	Poids	Dose (gouttes) par prise	Dose (mg) par prise	10 à 15 kg	6 gouttes	15	16 à 20 kg	8 gouttes	20	21 à 25 kg	10 gouttes	25	26 à 30 kg	12 gouttes	30	31 à 35 kg	14 gouttes	35	36 à 40 kg	16 gouttes	40	41 à 45 kg	18 gouttes	45	46 à 50 kg	20 gouttes	50
Poids	Dose (gouttes) par prise	Dose (mg) par prise																																																			
6 à 10kg	1goutte	1.25																																																			
11 à 17 kg	2 gouttes	2.5																																																			
18 à 25 kg	3 gouttes	3.75																																																			
26 à 32 kg	4 gouttes	5																																																			
33 à 39 kg	5 gouttes	6.25																																																			
40 à 45 kg	6 gouttes	7.5																																																			
46 à 50 kg	7 gouttes	8.75																																																			
Poids	Dose (gouttes) par prise	Dose (mg) par prise																																																			
10 à 15 kg	6 gouttes	15																																																			
16 à 20 kg	8 gouttes	20																																																			
21 à 25 kg	10 gouttes	25																																																			
26 à 30 kg	12 gouttes	30																																																			
31 à 35 kg	14 gouttes	35																																																			
36 à 40 kg	16 gouttes	40																																																			
41 à 45 kg	18 gouttes	45																																																			
46 à 50 kg	20 gouttes	50																																																			

Le tramadol

Pour soulager la douleur



Votre médecin vous a prescrit du tramadol pour soulager une douleur. C'est un opiacé analgésique qui s'apparente à un antidépresseur. Il sert à traiter des douleurs légères à modérées.

Comment prendre ce médicament ?

Le tramadol est offert en comprimés à avaler. Il existe deux formules :

- à action rapide : tramadol (Ultram) et tramadol avec acétaminophène (Tramacet)
- à action prolongée : Durela, Ralivia, Tridural et Zytram XL

Les comprimés à action rapide se prennent toutes les 4 à 6 heures. Les comprimés à action prolongée se prennent toutes les 24 heures. Les doses varient d'un patient à l'autre. Il est important de prendre votre médicament à la dose et aux moments indiqués par votre médecin.

Quelle est la durée du traitement ?

Cela dépend de votre état. Si la douleur est très forte, le traitement dure quelques jours ou quelques semaines. Dans le cas d'une douleur persistante, le traitement peut durer des mois ou des années. Le tramadol se prend seul ou avec d'autres médicaments pour soulager la douleur.

N'arrêtez jamais de prendre votre médicament du jour au lendemain, car vous pourriez subir un sevrage (envie de vomir, vomissements, tremblements, frissons, anxiété, etc.). Vous devez d'abord en parler à votre médecin.

Les patients qui reçoivent une prescription de tramadol s'engagent à respecter un contrat thérapeutique. **Voici les règles à suivre :**

- > respectez les doses prescrites
- > obtenez votre prescription uniquement auprès d'un seul médecin
- > achetez tous vos médicaments à la même pharmacie (de votre choix)

1 Le tramadol - Pour soulager la douleur

Projet d'information et d'éducation à la santé

Quels sont les effets secondaires ?

Le tramadol peut causer :

- de la constipation
- des nausées (envie de vomir)
- des céphalées (maux de tête)
- des étourdissements
- de la somnolence (envie de dormir)
- des démangeaisons (envie de se gratter)
- la bouche sèche

Les effets secondaires ne sont pas graves, mais parfois incommodants. Voici quelques conseils pour vous guider :

- > **Constipation** : Mangez des aliments riches en fibres comme des céréales de son ou des fruits et légumes. Buvez de 6 à 8 verres de liquide par jour. Votre médecin pourrait vous prescrire des laxatifs, comme le Colace ou le Senokot.
- > **Nausées** : Mangez peu, mais souvent. Au besoin, prenez un médicament comme le Gravol en comprimés ou suppositoires. Les nausées disparaissent souvent au bout de quelques jours.
- > **Somnolence** : Faites preuve de patience, vous verrez que la fatigue diminue peu à peu.
- > **Démangeaisons** : Appliquez une serviette mouillée et fraîche sur la peau. Les démangeaisons ne durent pas. Si elles continuent, achetez un médicament antihistaminique en pharmacie (ex. : Réactine, Benadryl). Toutefois, ne prenez pas l'antihistaminique Chlor-Tripolon, qui peut augmenter le risque de convulsions.

Avisez votre médecin de la clinique antidouleur si vous souffrez d'épilepsie. Le tramadol peut augmenter le risque de convulsions.

Avisez aussi votre médecin si vous souffrez d'une **insuffisance hépatique ou rénale**. Il saura vous guider.

Pourrais-je développer une dépendance au tramadol ?

Certaines personnes endurent la douleur par peur de devenir dépendantes au tramadol. Il est important de faire la différence entre une dépendance physique et une dépendance psychologique.

- > **Dépendance physique** : si vous arrêtez de prendre le médicament d'un coup, vous pourriez avoir des symptômes : frissons, tremblements, anxiété, nausées ou crampes au ventre. Pour réduire ce risque, les doses peuvent être réduites peu à peu. Au besoin, votre médecin ajustera la médication.
- > **Dépendance psychologique** : la dépendance est rare quand l'opiacé sert à soulager la douleur. Par contre, s'il sert à augmenter la sensation de bien-être et de plaisir, il y a des risques. Si vous avez déjà été dépendant aux opiacés, parlez-en au médecin de la clinique antidouleur.

Puis-je consommer de l'alcool pendant le traitement ?

Non, l'alcool est contre-indiqué. Mélangé au tramadol, il peut causer une forte somnolence.

Puis-je conduire et faire des travaux manuels pendant le traitement ?

Le tramadol peut causer de la somnolence. Vous pourriez avoir du mal à conduire un véhicule ou à utiliser des outils dangereux.

Avant de reprendre le volant ou de manipuler des outils dangereux, assurez-vous d'être fonctionnel et complètement éveillé.



Puis-je prendre du tramadol pendant la grossesse ou l'allaitement ?

On connaît mal l'effet du tramadol sur la grossesse et l'allaitement. Si vous êtes enceinte ou allaitez, ou si vous prévoyez une grossesse, parlez-en à votre médecin.

Dois-je suivre une diète spéciale pendant le traitement ?

Non. Cependant, vous pouvez diminuer les effets secondaires grâce aux conseils mentionnés ci-dessus.

Que se passe-t-il si je prends d'autres médicaments ou des produits naturels ?

Le Tramacet contient déjà de l'acétaminophène. Faites attention de ne pas dépasser la dose maximale quotidienne d'acétaminophène si vous prenez des produits qui en contiennent. Le maximum est de 4 grammes (4 000 milligrammes) par jour, soit 12 comprimés de Tylenol régulier (325 mg).

Certains médicaments peuvent changer l'effet du tramadol. Tout médicament qui cause de la somnolence peut augmenter l'effet tranquillisant du tramadol.

Avant de prendre d'autres produits, il est toujours préférable de parler à votre médecin ou pharmacien.

Que faire si j'oublie de prendre une dose ?

Prenez-la dès que possible. Par contre, si l'heure de la prochaine dose approche, attendez au moment habituel.
Ne doublez pas la dose.

Où dois-je ranger mon médicament ?

Rangez-le dans un endroit sûr, à l'abri des enfants. Les médicaments sont sensibles à la chaleur et l'humidité. Ne les rangez pas dans la cuisine ou la salle de bains.

Que faire en cas d'urgence ou d'overdose (surdosage) ?

Important : rendez-vous à l'urgence. Au besoin, composez le 911 pour une assistance immédiate.

RAPPELEZ-VOUS

Vous pouvez agir sur votre douleur ! Comment ? En pratiquant :

- des activités légères
- des exercices progressifs
- la relaxation
- vos loisirs et passe-temps favoris

Mangez bien pour garder un poids santé. Dormez suffisamment pour vous sentir reposé. Prenez vos médicaments comme prévu.

À qui poser des questions ?

Posez-les à votre pharmacien ou à l'infirmière de la clinique. Sinon, posez-les à votre médecin à votre prochain rendez-vous.



RESSOURCES UTILES

Il existe d'autres fiches santé produites par le CHUM. Demandez lesquelles pourraient vous convenir.



Vous pouvez aussi les consulter directement sur notre site chumontreal.qc.ca/votresante

Le contenu de ce document ne remplace d'aucune façon les recommandations faites, les diagnostics posés ou les traitements suggérés par votre professionnel de la santé.

Pour en savoir plus sur le Centre hospitalier de l'Université de Montréal chumontreal.qc.ca

4 005 024 - Janvier 2015

Annexe 4 : Questionnaire complet

Enquête tramadol

Bonjour, merci de participer à ce travail pour ma thèse.

Ce questionnaire est ENTIEREMENT ANONYME.

Le but de cette enquête est d'estimer la connaissance des patients et des professionnels de santé sur le tramadol, et de comparer ces connaissances selon différents critères.

Si vous souhaitez recevoir les résultats une fois l'enquête finie, vous pouvez indiquer votre adresse mail dans la question finale.

En répondant aux questions de cette enquête, vous acceptez que vos données soient traitées anonymement.

*Réponse obligatoire

1. Quel âge avez-vous ? *

<i>Une</i>	<i>seule</i>	<i>réponse</i>	<i>possible.</i>
<input type="checkbox"/> < 18 ans	<input type="checkbox"/> 40-44 ans	<input type="checkbox"/> 65-69 ans	
<input type="checkbox"/> 19-24 ans	<input type="checkbox"/> 45-49 ans	<input type="checkbox"/> 70-74 ans	
<input type="checkbox"/> 25-29 ans	<input type="checkbox"/> 50-54 ans	<input type="checkbox"/> 75-79 ans	
<input type="checkbox"/> 30-34 ans	<input type="checkbox"/> 55-59 ans	<input type="checkbox"/> > 79 ans	
<input type="checkbox"/> 35-39 ans	<input type="checkbox"/> 60-64 ans		

2. Quel-est votre genre ? *

Une seule réponse possible.

- Homme
- Femme
- Je ne souhaite pas le préciser
- Autre : _____

3. Dans quel département résidez-vous ? *

<i>Une</i>	<i>seule</i>	<i>réponse</i>	<i>possible.</i>
<input type="checkbox"/> 01 Ain	<input type="checkbox"/> 13 Bouches-du-Rhône	<input type="checkbox"/> 24 Dordogne	
<input type="checkbox"/> 02 Aisne	<input type="checkbox"/> 14 Calvados	<input type="checkbox"/> 25 Doubs	
<input type="checkbox"/> 03 Allier	<input type="checkbox"/> 15 Cantal	<input type="checkbox"/> 26 Drôme	
<input type="checkbox"/> 04 Alpes-de-Haute-Provence	<input type="checkbox"/> 16 Charente	<input type="checkbox"/> 27 Eure	
<input type="checkbox"/> 05 Hautes-Alpes	<input type="checkbox"/> 17 Charente-Maritime	<input type="checkbox"/> 28 Eure-et-Loir	
<input type="checkbox"/> 06 Alpes-Maritimes	<input type="checkbox"/> 18 Cher	<input type="checkbox"/> 29 Finistère	
<input type="checkbox"/> 07 Ardèche	<input type="checkbox"/> 19 Corrèze	<input type="checkbox"/> 30 Gard	
<input type="checkbox"/> 08 Ardennes	<input type="checkbox"/> 2A Corse-du-Sud	<input type="checkbox"/> 31 Haute-Garonne	
<input type="checkbox"/> 09 Ariège	<input type="checkbox"/> 2B Haute-Corse	<input type="checkbox"/> 32 Gers	
<input type="checkbox"/> 10 Aube	<input type="checkbox"/> 21 Côte-d'Or	<input type="checkbox"/> 33 Gironde	
<input type="checkbox"/> 11 Aude	<input type="checkbox"/> 22 Côtes-d'Armor	<input type="checkbox"/> 34 Hérault	
<input type="checkbox"/> 12 Aveyron	<input type="checkbox"/> 23 Creuse	<input type="checkbox"/> 35 Ille-et-Vilaine	

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 36 Indre | <input type="checkbox"/> 58 Nièvre | <input type="checkbox"/> 80 Somme |
| <input type="checkbox"/> 37 Indre-et-Loire | <input type="checkbox"/> 59 Nord | <input type="checkbox"/> 81 Tarn |
| <input type="checkbox"/> 38 Isère | <input type="checkbox"/> 60 Oise | <input type="checkbox"/> 82 Tarn-et-Garonne |
| <input type="checkbox"/> 39 Jura | <input type="checkbox"/> 61 Orne | <input type="checkbox"/> 83 Var |
| <input type="checkbox"/> 40 Landes | <input type="checkbox"/> 62 Pas-de-Calais | <input type="checkbox"/> 84 Vaucluse |
| <input type="checkbox"/> 41 Loir-et-Cher | <input type="checkbox"/> 63 Puy-de-Dôme | <input type="checkbox"/> 85 Vendée |
| <input type="checkbox"/> 42 Loire | <input type="checkbox"/> 64 Pyrénées-Atlantiques | <input type="checkbox"/> 86 Vienne |
| <input type="checkbox"/> 43 Haute-Loire | <input type="checkbox"/> 65 Hautes-Pyrénées | <input type="checkbox"/> 87 Haute-Vienne |
| <input type="checkbox"/> 44 Loire-Atlantique | <input type="checkbox"/> 66 Pyrénées-Orientales | <input type="checkbox"/> 88 Vosges |
| <input type="checkbox"/> 45 Loiret | <input type="checkbox"/> 67 Bas-Rhin | <input type="checkbox"/> 89 Yonne |
| <input type="checkbox"/> 46 Lot | <input type="checkbox"/> 68 Haut-Rhin | <input type="checkbox"/> 90 Territoire de Belfort |
| <input type="checkbox"/> 47 Lot-et-Garonne | <input type="checkbox"/> 69 Rhône | <input type="checkbox"/> 91 Essonne |
| <input type="checkbox"/> 48 Lozère | <input type="checkbox"/> 70 Haute-Saône | <input type="checkbox"/> 92 Hauts-de-Seine |
| <input type="checkbox"/> 49 Maine-et-Loire | <input type="checkbox"/> 71 Saône-et-Loire | <input type="checkbox"/> 93 Seine-Saint-Denis |
| <input type="checkbox"/> 50 Manche | <input type="checkbox"/> 72 Sarthe | <input type="checkbox"/> 94 Val-de-Marne |
| <input type="checkbox"/> 51 Marne | <input type="checkbox"/> 73 Savoie | <input type="checkbox"/> 95 Val-d'Oise |
| <input type="checkbox"/> 52 Haute-Marne | <input type="checkbox"/> 74 Haute-Savoie | <input type="checkbox"/> 971 Guadeloupe |
| <input type="checkbox"/> 53 Mayenne | <input type="checkbox"/> 75 Paris | <input type="checkbox"/> 972 Martinique |
| <input type="checkbox"/> 54 Meurthe-et-Moselle | <input type="checkbox"/> 76 Seine-Maritime | <input type="checkbox"/> 973 Guyane |
| <input type="checkbox"/> 55 Meuse | <input type="checkbox"/> 77 Seine-et-Marne | <input type="checkbox"/> 974 La Réunion |
| <input type="checkbox"/> 56 Morbihan | <input type="checkbox"/> 78 Yvelines | <input type="checkbox"/> 976 Mayotte |
| <input type="checkbox"/> 57 Moselle | <input type="checkbox"/> 79 Deux-Sèvres | <input type="checkbox"/> Autre ou étranger |

4. Quel est votre niveau d'études (finies ou en cours) ? *

Une seule réponse possible.

- Aucun diplôme
- Certificat de formation générale, diplôme national du brevet (ou équivalent)
- CAP, BEP (ou équivalent)
- Baccalauréat (ou équivalent)
- Bac+2 (DEUG, BTS, DUT, DEUST ou équivalent)
- Bac+3 (licence, licence professionnelle ou équivalent)
- Bac+4 (maîtrise, master 1 ou équivalent)
- Bac+5 (master, DEA, diplôme d'études supérieures, diplôme d'ingénieur ou équivalent)
- Bac+8 (doctorat, HDR ou équivalent)

5. A combien évaluez-vous vos connaissances concernant le tramadol ? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je ne connais pas du tout le tramadol



Je connais très bien le tramadol

6. Vous a-t-on déjà prescrit un médicament contenant du tramadol ? *

Médicaments contenant du tramadol : Topalgic©, Zaldiar©, Ixprim©, Contramal©, Monoalgic©, Monocrioxo©, Orozamudol©, Takadol©, Zamudol©, Zumalgic©, Génériques : Tramadol et Tramadol/Paracétamol

Une seule réponse possible.

- Oui

- Non → Passer à la question 8
 Je ne sais pas / Je ne me souviens plus → Passer à la question 8

7. Avez-vous déjà pris du tramadol en dehors d'une prescription médicale ? *

Médicaments contenant du tramadol : Topalgic©, Zaldiar©, Ixprim©, Contramal©, Monoalgic©, Monocrioxo©, Orozamudol©, Takadol©, Zamudol©, Zumalgic©, Skudexum©, Biodalgic©, Génériques : Tramadol et Tramadol/Paracétamol. Une seule réponse possible.

- Oui → Passer à la question 9
 Non → Passer à la question 9

8. Avez-vous déjà pris du tramadol en dehors d'une prescription médicale ? *

Médicaments contenant du tramadol : Topalgic©, Zaldiar©, Ixprim©, Contramal©, Monoalgic©, Monocrioxo©, Orozamudol©, Takadol©, Zamudol©, Zumalgic©, Skudexum©, Biodalgic©, Génériques : Tramadol et Tramadol/Paracétamol. Une seule réponse possible.

- Oui
 Non → Passer à la question 16

9. Pensez-vous avoir déjà rencontré personnellement un phénomène de dépendance ou d'addiction au tramadol ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Ces six questions portent sur les médicaments contenant du tramadol

Médicaments contenant du tramadol : Topalgic©, Zaldiar©, Ixprim©, Contramal©, Monoalgic©, Monocrioxo©, Orozamudol©, Takadol©, Zamudol©, Zumalgic©, Skudexum©, Biodalgic©, Génériques : Tramadol et Tramadol/Paracétamol

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

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

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

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TOT QUE PREVU ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
Non

13. Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESSENTIR UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicaments(s) anti-douleur ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
Non

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

Une seule réponse possible.

- Oui
Non

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

Une seule réponse possible.

- Oui
Non

Si vous avez répondu "Oui" à au moins deux des questions précédentes, il est possible que vous présentiez un usage à risque de tramadol. Il est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant ou votre pharmacien.

16. Pensez-vous que quelqu'un de votre entourage a déjà rencontré un phénomène de dépendance ou d'addiction au tramadol ? *

Si vous êtes professionnel-le de santé, en dehors de votre exercice professionnel. Une seule réponse possible.

- Oui
Non

17. Saviez-vous que le tramadol est un médicament à risque de dépendance ou d'addiction ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
Non → Passer à la question 20

18. Comment avez-vous été informé-e des ces risques de dépendance ou d'addiction ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Par le/la prescripteur-ice
- Par le/la pharmacien-ne ou le/la préparateur-ice en pharmacie
- Par l'infirmier-e
- Par lecture de la notice
- Par quelqu'un de mon entourage issu-e du milieu médical
- Par quelqu'un de mon entourage non issu-e du milieu médical
- Par des livres, revues ou publications scientifiques
- Par les médias classiques (télévision, radio, journaux, etc.)
- Par les médias en ligne (sites internet, réseaux sociaux, blogs, etc.)
- Par des sources officielles (MILDECA, ARS, ministère, ANSM, EMA, etc.)
- Par des associations de patients
- Lors de mes études
- Autre :

19. Pourriez-vous préciser synthétiquement le message de prévention que l'on vous a donné, ou ce que vous en avez retenu ?

20. Selon vous, la communication faite aujourd'hui sur les risques de dépendance ou d'addiction aux médicaments est... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans avis
... pertinente	<input type="radio"/>				
... suffisante	<input type="radio"/>				

21. Êtes-vous professionnel-le de santé ? *

Professions médicales, paramédicales, étudiants en santé compris. Une seule réponse possible.

Oui → Passer à la question 22

Non → Passer à la question 43

22. A quel corps de métier appartenez-vous ? *

Etudiants et internes compris. Une seule réponse possible.

Etudiant en PACES / PASS / LAS → Passer à la question 32

Médecine → Passer à la question 24

Pharmacie (préparateurs compris) → Passer à la question 27

Maïeutique → Passer à la question 23

Odontologie → Passer à la question 25

Infirmier → Passer à la question 28

Masseur-kinésithérapeute → Passer à la question 28

Pédicure-podologue → Passer à la question 28

- Ergothérapeute → *Passer à la question 28*
- Psychomotricien → *Passer à la question 28*
- Orthophoniste → *Passer à la question 28*
- Orthoptiste → *Passer à la question 28*
- Manipulateur en électroradiologie médicale → *Passer à la question 28*
- Technicien de laboratoire médical → *Passer à la question 28*
- Audioprothésiste → *Passer à la question 28*
- Opticien-lunetier → *Passer à la question 28*
- Prothésistes et orthésistes → *Passer à la question 28*
- Diététicien → *Passer à la question 28*
- Aide-soignant → *Passer à la question 28*
- Auxiliaire de puériculture → *Passer à la question 28*
- Ambulancier → *Passer à la question 28*
- Assistant dentaire → *Passer à la question 28*
- Autre : _____ → *Passer à la question 28*

23. Quel est votre niveau d'études ? *

Une seule réponse possible.

- Etudiant-e en DFGSMa2 / DFGSMa3 → *Passer à la question 29*
- Etudiant-e en DFASMa1 / DFASMa2 → *Passer à la question 29*
- Diplômé-e → *Passer à la question 28*

24. Quel est votre niveau d'études ? *

Une seule réponse possible.

- Etudiant-e en DFGSM2 "P2" / DFGSM3 "D1" → *Passer à la question 29*
- Etudiant-e en DFASM1 "D2" / DFASM2 "D3" / DFASM3 "D4" → *Passer à la question 29*
- Interne → *Passer à la question 26*
- Diplômé-e → *Passer à la question 26*

25. Quel est votre niveau d'études ? *

Une seule réponse possible.

- Etudiant-e en DFGSO2 / DFGSO3 → *Passer à la question 29*
- Etudiant-e en DFASO1 / DFASO2 → *Passer à la question 29*
- Interne → *Passer à la question 29*
- Diplômé-e cycle court → *Passer à la question 28*
- Diplômé-e cycle long → *Passer à la question 28*

26. Quelle est votre spécialité ? *

Une seule réponse possible.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Biologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Anatomie et cytologie pathologiques | <input type="checkbox"/> Chirurgie (toutes spécialités confondues) |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie-réanimation | <input type="checkbox"/> Dermatologie et vénéréologie |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie-diabétologie-nutrition | <input type="checkbox"/> Médecine physique et de réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Génétique médicale | <input type="checkbox"/> Médecine vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Néphrologie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie médicale | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie obstétrique | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Oncologie |
| <input type="checkbox"/> Hépto-gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses et maladies tropicales | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie - Chirurgie cervico-faciale |
| <input type="checkbox"/> Médecine cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Médecine d'urgence | <input type="checkbox"/> Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine et santé au travail | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Médecine générale | <input type="checkbox"/> Radiologie et imagerie médicale |
| <input type="checkbox"/> Médecine intensive et réanimation | <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne et immunologie clinique | <input type="checkbox"/> Santé publique |
| <input type="checkbox"/> Médecine légale et expertises médicales | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire | |

Passer à la question 28

27. Précisez votre profession pharmaceutique *

Pour les outre-mer (section E) merci de choisir la section métropolitaine correspondante. Une seule réponse possible.

- Étudiant en DFGSP2 / DFGSP3 → *Passer à la question 29*
- Étudiant en DFASP1 / DFASP2 / DFASP3 → *Passer à la question 29*
- Interne en Biologie Médicale → *Passer à la question 29*
- Interne en Pharmacie Hospitalière → *Passer à la question 29*
- Interne en Innovation Pharmaceutique et Recherche → *Passer à la question 29*
- Préparateur en pharmacie → *Passer à la question 28*
- Section A - Titulaire d'officine → *Passer à la question 29*
- Section B - Industrie → *Passer à la question 29*
- Section C - Distribution → *Passer à la question 29*
- Section D - Adjoint d'officine → *Passer à la question 29*
- Section G - Biologie (hors internes) → *Passer à la question 28*
- Section H - Etablissements de soins (hors internes) → *Passer à la question 29*
- Autre : ____ → *Passer à la question 28*

28. Quel est votre lieu d'exercice principal ? *

Une seule réponse possible.

- Ville (cabinet, laboratoire, maison de santé, officine, etc.)
- Établissement de santé (hôpital, clinique, ESPIC, SSR, EHPAD, etc.)
- Les deux
- Autre : ____

29. Si vous possédez une formation complémentaire (DESC, DU, DIU, master, etc.) dans les thèmes suivants : douleur, addictions, dépendance, précisez son nom ci-dessous. Sinon, laissez le champ de réponse vide.

30. Précisez, si applicable, le service dans lequel vous exercez en ce moment. Sinon, laissez le champ de réponse vide.

Ex : urgences neurovasculaires, centre de dialyse, centre de santé mentale, unité sanitaire en maison d'arrêt, service de biochimie, réanimation neurochirurgicale, centre d'évaluation et de traitement de la douleur, etc.

31. Délivrez-vous un message de prévention sur les risques de dépendance ou d'addiction au tramadol ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Non concerné / Non applicable

32. Quelle est la durée maximale de prescription de spécialités contenant du tramadol ? *

Source : Code de la Santé Publique. Une seule réponse possible.

3 mois

1 mois

1 an

Je ne sais pas

6 mois

33. Quelle est la posologie MAXIMALE de tramadol à libération immédiate PAR PRISE ? *

Source : Résumé des Caractéristiques du Produit. Une seule réponse possible.

25mg

100mg

50mg

150mg

75mg

Je ne sais pas

34. Quelle est la posologie MAXIMALE de tramadol sur 24h ? *

Source : Résumé des Caractéristiques du Produit. Une seule réponse possible.

50mg

200mg

Je ne sais pas

100mg

400mg

150mg

600mg

35. Quels sont les facteurs directement associés à un risque augmenté de dépendance ? *

Source : "Opioid Risk Tool". Plusieurs réponses correctes. Plusieurs réponses possibles.

- Sexe masculin
- Sexe féminin
- Age : 16-45 ans
- Age : > 60 ans
- Résidence en région Île-de-France
- Résidence en région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance chez une femme
- Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance chez un homme
- Troubles psychiatriques (troubles de l'attention, bipolarité, schizophrénie, dépression)
- Antécédent familial d'abus d'alcool et de drogues
- Antécédent personnel d'abus d'alcool et de drogues
- Antécédent personnel d'abus de médicaments sur ordonnance
- Je ne sais pas

36. En 2019 en France, les médicaments suivants ont causé de manière DIRECTE : *

Source : enquête nationale "DTA : décès toxiques par antalgiques". Une seule réponse possible par ligne.

	< 5 décès	5 à 10 décès	11 à 40 décès	41 à 80 décès	81 à 120 décès	> 120 décès	Je ne sais pas
Tramadol	<input type="radio"/>						
Morphine	<input type="radio"/>						
Paracétamol	<input type="radio"/>						
Méthadone	<input type="radio"/>						

Avant avril 2020, la durée de prescription maximale de spécialités contenant du tramadol était d'un an. Elle a été réduite à 3 mois en avril 2020.

37. Pensez-vous que cette réduction a eu un impact sur les risques d'addiction ou de dépendance ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Sans avis

38. Avez-vous déjà été confronté au cours de votre exercice professionnel à des situations de dépendance ou d'addiction au tramadol ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non → Passer à la question 42

39. Comment avez-vous réagi ? *

Une seule réponse possible.

- J'ai contacté une structure ou quelqu'un (suite question suivante)
- J'ai conseillé au/à la patient-e de se tourner vers une structure ou quelqu'un (suite question suivante)
- Je n'ai contacté personne → Passer à la question 41
- Non concerné-e / Non applicable → Passer à la question 42

40. Qui ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Le/la prescripteur-ice
- Le/la pharmacien-ne
- Un-e addictologue
- Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- L'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie)
- Une structure de soutien (CAARUD, associations, etc.)
- Autre : _____

Passer à la question 42

41. Pourquoi n'avez-vous pris contact avec personne ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Ça n'était pas mon rôle d'intervenir
- Je ne savais pas qui contacter
- Je n'avais pas le temps
- C'était mon rôle d'assurer la prise en charge addictologique
- Autre : _____

42. Maintenant que vous avez réalisé ce questionnaire, pensez-vous modifier votre attitude/message concernant les risques de dépendance ou d'addiction au tramadol ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, je donnerai un message plus approprié
- Oui, je donnerai dorénavant un message, je n'en donnais pas avant

- Non, je donnais déjà un message approprié
- Non, pour d'autres raisons
- Non concerné / Non applicable

Merci ! N'oubliez pas de cliquer sur "Envoyer"

43. Précisez ici votre adresse mail si vous désirez recevoir les résultats une fois l'enquête terminée. Sinon, laissez le champ de réponse vide.

_____@_____

Merci pour votre participation.

Le tramadol est un opioïde (dérivé de l'opium) médicamenteux. Cette classe de médicaments est à risque de dépendance et d'addictions.

Plusieurs facteurs sont associés à un risque de dépendance augmenté :

- *Age de 16 à 45 ans
- *Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance chez une femme
- *Troubles psychiatriques
- *Antécédent personnel d'abus d'alcool et de drogues
- *Antécédent familial d'abus d'alcool et de drogues
- *Antécédent personnel d'abus de médicaments sur ordonnance

La posologie maximale du tramadol est de 100 mg par prise et 400 mg par 24h. Sa durée de prescription maximale est de 3 mois.

En 2019, le tramadol a été directement impliqué dans 62 décès en France. La morphine 36, le paracétamol 10, la méthadone 1.

Les décès dus aux opioïdes sont passés en 2013 de 76 (1,3 pour un million de décès) à 204 (3,2 pour un million de décès). Le tramadol, ainsi que la codéine sont les deux molécules les plus retrouvées dans les ordonnances falsifiées.

Si vous pensez avoir un risque ou présenter un risque d'abus d'un traitement, vous pouvez en parler à votre médecin, votre pharmacien, ou vous tourner vers d'autres structures.

Pour accéder à tous les liens ci-dessous, pensez à faire clic long ou clic droit et "ouvrir dans un nouvel onglet".

<https://www.drogues.gouv.fr/>

<http://www.ofma.fr/>

<https://www.respadd.org/>

<https://ansm.sante.fr/page/resultats-denquetes-pharmacodependance-addictovigilance>

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>

<https://naloxone.fr/>

Fin du questionnaire

Annexe 5 : Exemple de conciliation médicamenteuse à l'entrée, CHU de Tours, 2021

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE À L'ENTRÉE

Entretien pharmaceutique réalisé par : [REDACTED]
 Externe en pharmacie du service de : Hépatologie
 Nom : [REDACTED]

MOTIF D'HOSPITALISATION
 Douleurs épigastrique persistantes sous antibiothérapie pour suspicion d'angiocholite

Après analyse des sources suivantes :

<input checked="" type="checkbox"/> Patient (1) <input type="checkbox"/> Pharmacie d'officine (2) <input checked="" type="checkbox"/> Ordonnances (3) <input checked="" type="checkbox"/> Dossier patient (papier ou DPP : OMH, CRC, CRH, conciliation précédente ...) (4) <input type="checkbox"/> Etablissement extérieur (5) <input type="checkbox"/> Courrier d'hospitalisation (6)	<input type="checkbox"/> Médecin traitant (7) <input type="checkbox"/> Médecin Spécialiste (8) <input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie (9) <input type="checkbox"/> Entourage (10) <input type="checkbox"/> Médicament apportés (11) <input type="checkbox"/> Dossier pharmaceutique (12) <input type="checkbox"/> Infirmière à domicile (13) <input type="checkbox"/> Autre (14) : à préciser
--	---

Nous avons procédé à la réalisation du bilan médicamenteux de ce patient et l'avons comparé à l'ordonnance médicale à l'entrée le 10/08/21

Bilan Médicamenteux (BM)			STAT UT	Ordonnance médicale à l'admission (OMA)	
Sources	MÉDICAMENT (DCI, dosage, voie)	POSOLOGIE		MÉDICAMENT (DCI, dosage, voie)	POSOLOGIE
Ordonnance du 05/08/2021 QSP 28 jours par le Dr [REDACTED]					
1-3-4	CEFTRIAXONE 1g/3,5mL (Rocephine®) IV	3,5mL le matin	S	QSP 10 jours en relais (Prise avant d'Augmentin® du 28/07 au 05/08/2021)	
	METRONIDAZOLE 500mg (Flagyl®) PO	1-1-1	S		
	PHLOROGLUCINOL (Spasfon®) 80mg PO	2-2-2-2 QSP 7j	M	PHLOROGLUCINOL (Spasfon®) 80mg PO	2cp 3x/j SB
	ESOMEPRAZOLE 40mg PO	1-0-1	M	LANSOPRAZOLE 30mg PO	1-0-1
Ordonnance du 20/05/2021 QSP 3 mois par le Dr [REDACTED]					
1-3-4	FLURBIPROFENE 50mg (Cebutid®) PO	1-0-1	R		
	PREDNISONE 1mg PO	3-0-0	M	PREDNISONE 1mg PO	1-0-0
	ESOMEPRAZOLE 40mg PO	1-0-1	M	LANSOPRAZOLE 30mg PO	1-0-1
	ACIDE URSODESOXYCHOLIQUE (Cholurso®) 250mg PO	3-0-2	R		
4			Aj	NEFOPAM 20mg SUBL	1-1-1

STATUT : R = Reconduit ; A = Arrêté ; S = Suspendu ; M = Modifié ; Aj = Ajouté

ANTÉCÉDENTS

- L-PAC syndrome avec recherche de mutation MDR3/ABCB4 négative
- Angiocholite en 2017 et en 2018
- Hépatite à 20 ans
- Septicémie à *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* et *Klebsiella pneumoniae* (2020)
- PPR sous AINS et sevrage corticothérapie (mars 2021)

ALLERGIES	CONTRACEPTION	INTOLERANCE	POIDS
/	/	/	79,8 kg

COMMENTAIRES

VACCIN COVID : dernière injection PFIZER 12/05/2021 ; première injection PFIZER le 14/04/2021

Évaluation de l'observance du patient selon la fiche de l'assurance maladie :

<input checked="" type="checkbox"/> Bon observant	<input type="checkbox"/> Non observant	<input type="checkbox"/> Non applicable
<input type="checkbox"/> Non observant mineur	<input type="checkbox"/> Non interrogeable	<input type="checkbox"/> Echelle « EvalObs » :

Pharmacie de [REDACTED]	Tél : 02. [REDACTED]
Médecin traitant : Dr [REDACTED]	Tél : 02. [REDACTED]

Les informations obtenues sont placées dans le dossier du patient ainsi que dans le bureau des internes à la Pharmacie Logipôle de Trousseau.

Annexe 6 : Affiche de communication sur la naloxone, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021

The poster features a central portrait of a young man with curly hair, looking directly at the camera. The background is a solid, vibrant blue. Text is overlaid on the image in white and red. At the top, a white box contains the text 'JULIEN, 25 ANS, DÉPENDANT AU TRAMADOL SUITE À UNE OPÉRATION CHIRURGICALE.' In the center, large white text reads 'MON FRÈRE M'A SAUVÉ D'UNE SURDOSE GRÂCE À LA NALOXONE'. At the bottom left, a white box contains text about the availability of naloxone kits. At the bottom center, a white box contains the website 'WWW.NALOXONE.FR'. At the bottom right, the French government logo is present with the motto 'Liberté, Égalité, Fraternité'.

JULIEN, 25 ANS, DÉPENDANT AU TRAMADOL SUITE À UNE
OPÉRATION CHIRURGICALE.

MON FRÈRE M'A SAUVÉ D'UNE
SURDOSE GRÂCE À LA NALOXONE

Pour sauver des vies, la naloxone, traitement d'urgence des surdoses aux opioïdes, est disponible et utilisable par tous. Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Les kits prêts à l'usage de naloxone sont accessibles en pharmacie, dans les établissements de santé et dans les structures de soin et de réduction des risques et des dommages (CSAPA ; CAARUD).

Formez-vous à l'utilisation de la Naloxone sur :
WWW.NALOXONE.FR



Annexe 7 : Echelle POMI, OFMA

ECHELLE POMI : DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES

ANTALGIQUE(S) OPIOÏDE(S) CONCERNÉ(S) PAR CES QUESTIONS : codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone	Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITÉ PLUS IMPORTANTE , c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUVELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TÔT QUE PRÉVU ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLÈMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà CONSULTÉ PLUSIEURS MÉDECINS , y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score :	<input style="width: 50px;" type="text"/>	

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

Annexe 8 : Echelle ORT, OFMA

ECHELLE ORT : EVALUATION DU RISQUE DE MÉSUSAGE AVANT PRESCRIPTION D'UN ANTALGIQUE OPIOÏDE

Antécédent familial d'abus d'une substance :			Antécédent personnel d'abus d'une substance :		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Alcool	1	3	Alcool	3	3
Drogues illicites	2	3	Drogues illicites	4	4
Autre	4	4	Médicaments d'ordonnance	5	5
Âge (sujet de 16 ans à 45 ans)	1	1	TROUBLE PSYCHOLOGIQUE		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance	3	0	Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
			Dépression	1	1
Score :	<input style="width: 50px;" type="text"/>		Score :	<input style="width: 50px;" type="text"/>	

Faire la somme des points pour les 5 questions selon le genre du patient. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible ; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré ; si le score est > 7 , le risque est élevé. Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modérée à sévère. En revanche, une surveillance régulière à chaque consultation est recommandée avec par exemple l'échelle POMI.

► Dispositifs de surveillance pharmacoépidémiologiques du Réseau français d'addictovigilance

Source : Jouanjus E, Gibaja V, Kahn JP, Haramburu F, Daveluy A. Comment identifier un signal en addictovigilance. *Thérapie*. 2015 Mar-Apr;70(2):113-31.

MED : médicament ; NON-MED : substance non médicamenteuse.

Programme		Objectifs	Interlocuteurs	MED	NON - MED	Période	Date de mise en place
NOTS	Notification spontanée	Recueil des notifications spontanées de pharmacodépendances ou d'abus	Tous professionnels de santé et usagers	X	X	En continu	1990
OPPIDUM	Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse	Surveiller l'évolution de la consommation des psychotropes, alerter sur l'utilisation de nouveaux produits ou de nouvelles voies d'administration, et sur les associations de substances potentiellement dangereuses	CSAPA, CAARUD, ELSA, services d'urgence, milieu pénitentiaire, addictologie hospitalière	X	X	Octobre	1995
OPEMA	Observation des pharmaco-dépendances en médecine ambulatoire	Améliorer les connaissances et le suivi des caractéristiques sociodémographiques des patients consommant des drogues illicites ou des médicaments détournés de leur usage thérapeutique et qui sont pris en charge en médecine ambulatoire	Médecins généralistes	X	X	Novembre	2008
OSIAP	Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possible	Identifier les médicaments détournés à partir d'ordonnances falsifiées présentées en pharmacie, classer les médicaments les plus détournés sur les plans régional et national par rapport aux chiffres de vente	Pharmaciens d'officine	X	X	Mai et novembre	2001

Programme		Objectifs	Interlocuteurs	MED	NON - MED	Période	Date de mise en place
ASOS	Antalgiques stupéfiants et ordonnances sécurisées	Décrire la population traitée par antalgiques stupéfiants, leurs modalités d'utilisation, évaluer le respect des règles de prescription	Pharmaciens d'officine	X		Juin	2001
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances	Recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, identifier les substances impliquées (médicament ou drogue illicite), évaluer leur dangerosité et estimer l'évolution du nombre de décès	Toxicologues, médecins légistes	X	X	En continu	2002
DTA	Décès toxiques par antalgiques	Recueillir les cas de décès liés à l'usage de médicaments antalgiques, d'identifier les médicaments impliqués, d'évaluer leur dangerosité et d'estimer l'évolution du nombre de décès	Toxicologues, médecins légistes	X		En continu	2013
SOUMISSION CHIMIQUE		Disposer de données exhaustives sur les cas de soumission chimique en France.	Toxicologues analystes, médecins légistes, urgences, tous professionnels de santé	X	X	En continu	2003

RESUME ET MOTS CLEFS

Les opioïdes sont une classe pharmacologique regroupant des médicaments principalement utilisés pour la prise en charge de la douleur et des drogues aux effets similaires. Ainsi, l'usage thérapeutique des opioïdes médicamenteux peut mener à un usage abusif dont la caractérisation précise est souvent compliquée.

Le tramadol occupe une place particulière parmi ces derniers : considéré comme un opioïde faible par l'Organisation Mondiale de la Santé, cela lui confère une législation et un accès moins contraignant que les opioïdes forts, alors même qu'il présente un profil de dépendance marqué.

Nous verrons qu'il existe pourtant de nombreuses solutions pour lutter contre la dépendance et l'addiction aux opioïdes : tous les professionnels impliqués directement ou indirectement dans la prise en charge des patients peuvent jouer un rôle de prévention, et de nombreux outils et supports sont à leur disposition.

Au travers de notre enquête, nous avons souhaité estimer la connaissance qu'ont les professionnels de santé et les non-professionnels de santé sur le tramadol. Nous avons également souhaité estimer la consommation et la potentielle addiction des répondants. Enfin, des questions plus précises ont été posées uniquement aux professionnels de santé afin d'estimer la connaissance des conditions de prescription et de délivrance, la formation reçue, le message délivré aux patients et l'attitude adoptée en cas de situation d'addiction

Notre enquête met en lumière plusieurs problèmes au sujet de l'addiction et de la dépendance au tramadol : les professionnels de santé et les patients sont conscients des risques associés à ce traitement mais leur connaissance est soit imparfaite soit obsolète.

Plusieurs axes peuvent être envisagés pour refondre la santé publique en France : introduction de l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, formation des populations cibles et des professionnels de santé, campagnes de communication grand public.

La prévention qui n'est pas porteuse d'économies aussi rapidement que la maîtrise économique des dépenses de santé, fait tout de même souvent ses preuves sur la durée. Il serait grand temps d'introduire une vision à plus long terme que la simple année civile dans les dépenses de santé et de réformer en profondeur la prévention en France pour permettre aux français de retrouver pleine confiance dans les acteurs du système de santé.

Mots-clés :

Opioïdes – Tramadol – Addiction – Dépendance – Professionnels de santé – Consommation – Prévention – Evaluation des connaissances - Antalgiques



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances,

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité,

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession,

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens,

De coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Signature de l'étudiant

Nom :

Prénom :

du Président du jury

Nom :

Prénom :

RESUME ET MOTS CLEFS

Les opioïdes sont une classe pharmacologique regroupant des médicaments principalement utilisés pour la prise en charge de la douleur et des drogues aux effets similaires. Ainsi, l'usage thérapeutique des opioïdes médicamenteux peut mener à un usage abusif dont la caractérisation précise est souvent compliquée.

Le tramadol occupe une place particulière parmi ces derniers : considéré comme un opioïde faible par l'Organisation Mondiale de la Santé, cela lui confère une législation et un accès moins contraignant que les opioïdes forts, alors même qu'il présente un profil de dépendance marqué.

Nous verrons qu'il existe pourtant de nombreuses solutions pour lutter contre la dépendance et l'addiction aux opioïdes : tous les professionnels impliqués directement ou indirectement dans la prise en charge des patients peuvent jouer un rôle de prévention, et de nombreux outils et supports sont à leur disposition.

Au travers de notre enquête, nous avons souhaité estimer la connaissance qu'ont les professionnels de santé et les non-professionnels de santé sur le tramadol. Nous avons également souhaité estimer la consommation et la potentielle addiction des répondants. Enfin, des questions plus précises ont été posées uniquement aux professionnels de santé afin d'estimer la connaissance des conditions de prescription et de délivrance, la formation reçue, le message délivré aux patients et l'attitude adoptée en cas de situation d'addiction

Notre enquête met en lumière plusieurs problèmes au sujet de l'addiction et de la dépendance au tramadol : les professionnels de santé et les patients sont conscients des risques associés à ce traitement mais leur connaissance est soit imparfaite soit obsolète.

Plusieurs axes peuvent être envisagés pour refondre la santé publique en France : introduction de l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, formation des populations cibles et des professionnels de santé, campagnes de communication grand public.

La prévention qui n'est pas porteuse d'économies aussi rapidement que la maîtrise économique des dépenses de santé, fait tout de même souvent ses preuves sur la durée. Il serait grand temps d'introduire une vision à plus long terme que la simple année civile dans les dépenses de santé et de réformer en profondeur la prévention en France pour permettre aux français de retrouver pleine confiance dans les acteurs du système de santé.

Mots-clés :

Opioïdes – Tramadol – Addiction – Dépendance – Professionnels de santé – Consommation – Prévention – Evaluation des connaissances - Antalgiques