



# DOULEURS ANTALGIQUES OPIOIDES ADDICTION

Journée CLUD  
EPSM-AL  
22 11 2022

Dr Vosgien



# Douleurs et addictions deux domaines étroitement liés

...

- Des facteurs de risques communs ...
- Des patients communs ...
- Des médicaments communs

Quel que soit le domaine, la durée et l'arrêt des traitements opioïdes sont des questions récurrentes

*Contenu réalisé en collaboration avec*

*Dr Philippe POULAIN Anesthésiste Tarbes*

*Dr Xavier AKNINE Médecin généraliste Gagny*



# Des facteurs de risques communs

- Dans les conduites addictives des facteurs de risques propres à l'individu, à l'environnement ou à la substance consommée
- Dans la douleur chronique (exemple de la lombalgie chronique) des facteurs de risques de chronicisation et de handicap



# Des patients aux difficultés communes

- Les patients douloureux chroniques peuvent développer un trouble addictif à leur traitement opioïde (faible ou fort)
- Les phénomènes douloureux sont 2 à 3 fois plus fréquents chez les usagers de drogues



# Des médicaments communs

- Buprénorphine - TEMGESIC historiquement indiqué dans la douleur - La buprénorphine haut dosage commercialisée en 1996 dans la substitution opiacée
- Méthadone - AMM française en 1995 en tant que traitement de substitution - Utilisée pour la prise en charge de la douleur en situation palliative (recommandations AFSSAPS 2008 et AMM courant 2019) ZORION
- Codéine et morphine - Indiquées pour la prise en charge des douleurs modérées à sévères - Utilisées hors-amm dans la substitution (ou en auto-substitution)
  - > **En douleur ou en addictologie, des médicaments prescrits dans le cadre d'un suivi global bio-psycho-social**



# La substitution opiacée



- **Changement de paradigme**

- > De la prise en charge surtout psychanalytique avec l'objectif d'abstinence des années 70 et la volonté d'éradiquer les drogues et les conduites addictives vers la prise en compte de la consommation chez l'individu , le vivre avec et d'en réduire les risques

- **RDRD**

- > philosophie de prise en charge
- > Soins tout au long de la vie de l'utilisateur
- > À tous les niveaux : médical, social et médicosocial
  
- > MSO arrivent dans ce contexte au paroxysme de l'épidémie du SIDA en France
  - Méthadone 1995
  - Subutex 1996

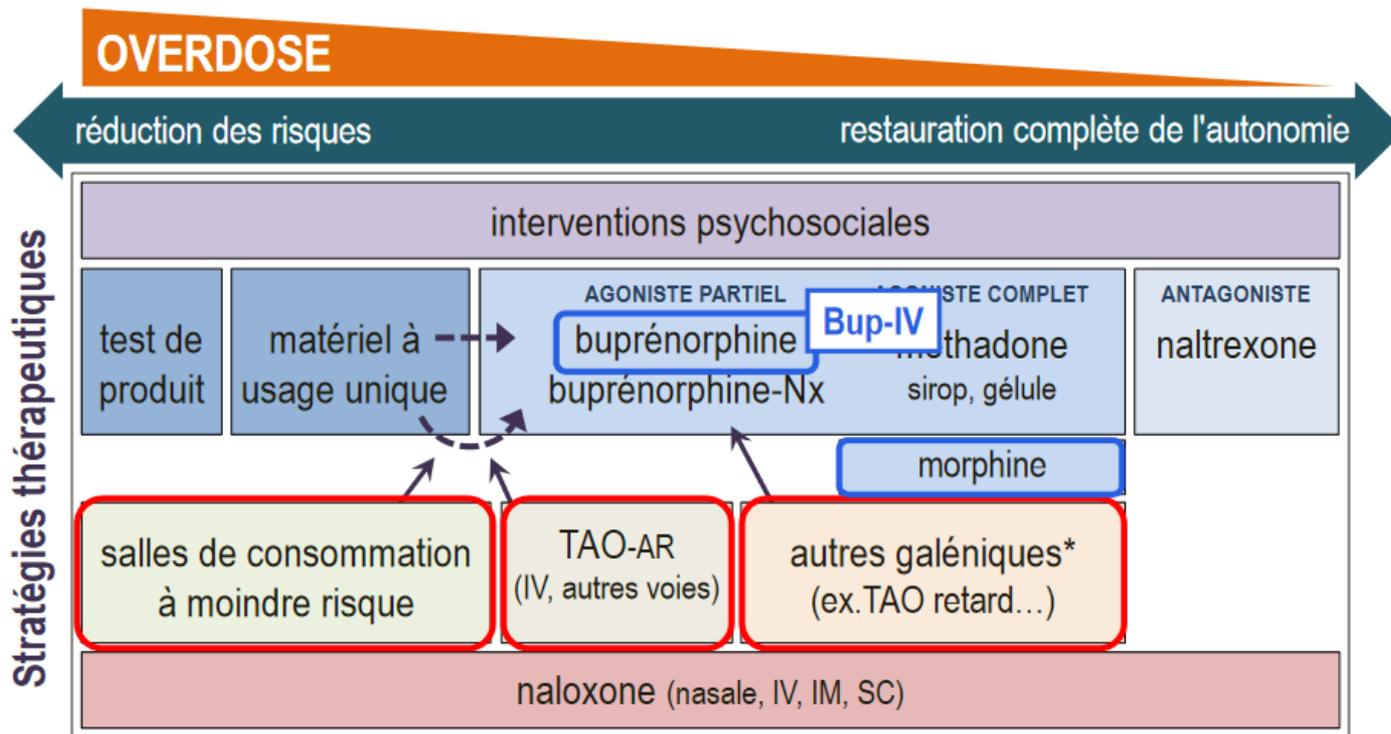


- Intérêt des MSO n'est plus à démontrer
- Plus à démontrer mais toujours à soutenir
  - > Diminution des OD
  - > Diminution mortalité et morbidité des UD
  - > Amélioration de la qualité de vie globale y compris psychiatrique
    - Pathologie duelle +++
  - > Diminution des actes délictueux
- Plus à démontrer mais à rappeler que
  - > Pas LE ttt de la toxicomanie mais outil
  - > Nécessaire le temps qu'il faut à chaque individu en fonction des autres facteurs de vulnérabilité

**REDUCTION DES OVERDOSES LIEES AUX  
TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS**

Audition de la Commission des Stupéfiants et Psychotropes  
ANSM – 21 juin 2018

Pr Maurice Dematteis  
Professeur d'Addictologie et Pharmacologie  
Chef du Service de Pharmaco-Addictologie – CHU Grenoble Alpes  
CUNEA (Collège Universitaire National  
des Enseignants d'Addictologie)



TAO : traitement par agoniste opioïdérique

Dematteis et Pennel. 2018



- Méthadone sirop et gélule : Agoniste
- Buprénorphine : agoniste antagoniste
  - > Subutex
  - > Buprenorphine
  - > Suboxone
  - > Orobupre
  - > Buvidal
  - > Sixmo

SULFATE DE MORPHINE pas d'AMM obtention d'un accord par le médecin conseil de l'assurance maladie (Skenan et Moscontin )

NALOXONE 2016



# Douleurs, UD et MSO

- La douleur chez les usagers d'opiacés : Un phénomène moins anecdotique qu'il n'y paraît
- En comparaison à la population générale, des douleurs qui peuvent être 2 à 3 fois plus fréquentes chez les patients sous MSO
  - > Polypathologies
  - > **Hyperalgésie induite par les opioïdes**
  - > Traumatismes
  - > Problèmes dentaires
  - > Troubles psychiatriques
  - > Pathologies infectieuses ☐
- Nécessité d'augmenter les posologies ☐
- Amenuise l'effet des antalgiques



- Les douleurs chez les patients sous MSO entraînent des risques importants
  - > Reconsommation : Alcool, stimulants, opiacés licites ou illicites... (Savage et al. 2008)
  - > Rupture du suivi
  - > Un risque d'arrêt prématuré doublé (X 2,3) avec des conséquences potentielles graves (décès...) (Bounes et al. 2013)
  - > Impact social et sociétal
  - > Augmentation des durées d'hospitalisation
  - > Augmentation des coûts
  - > Progression vers la chronicité
  - > Souffrance évitable pour le patient (Savage et al. 2008)

# En février 2015, un article de Medscape liste les **idées reçues** en matière de prise en charge de la douleur chez les usagers de drogue

- Sous opioïde (de substitution), les patients ne ressentent pas la douleur
- La prescription d'analgésiques opioïdes peut entraîner des rechutes de la consommation d'héroïne
- L'association entre MSO et opioïde fort est contre-indiquée en raison du risque de dépression respiratoire
- Les plaintes douloureuses des patients sont une manipulation pour obtenir davantage d'opioïdes



- Le fait d'être usager ou ex-usager de drogues, substitué ou non, n'exclut pas l'existence de polypathologies (Infectieuses, traumatiques, liées aux consommations) et de bonnes raisons de souffrir...
- Cette idée reçue peut conduire à des insuffisances de soins non acceptables sur un plan éthique
- L'association d'un opioïdes antalgiques pourra être envisagée chez les patients sous méthadone tandis qu'elle sera contre-indiquée chez ceux sous BHD ( ou titrage +++)
- Dans tout les cas, la prise en charge de la douleur se fera par l'intermédiaire d'une analgésie multimodale associant si besoin des mesures non médicamenteuse



- Les opioïdes « faibles » n'exposent pas à moins de risque d'effets indésirables que la morphine à doses faibles
- Pour une efficacité moindre que la morphine, les opioïdes « faibles » nécessitent la même vigilance en terme de risque addictif



# ADDICTION AUX ANALGÉSIFIQUES OPIOÏDES

MED-ENV-FR-00017 | Mars 2021 | Version 2

*Contenu réalisé en collaboration avec :*  
**Dr Benjamin ROLLAND** • CHRU Lille  
**Pr Serge PERROT** • Hôpital Cochin

**Rencontres**  
PERSPECTIVES  
ADDICTION



# Généralités sur la douleur (2/3)

- 2 catégories de douleurs en fonction de leur durée <sup>1</sup> :

## DOULEUR AIGUË <sup>1,2</sup>

**Durée** : intense et souvent brève (durée < 3 mois)  
**Cause** rapidement **identifiée**



- Liée à une **atteinte tissulaire brutale** (traumatisme, lésion inflammatoire, ...)
- **Souvent associée à des manifestations neurovégétatives** (tachycardie, sueurs, élévation de la pression artérielle) et à une **anxiété**.
- **Signal d'alarme** dont la finalité est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité.

*Une fois son origine identifiée, sa prise en charge nécessite sa reconnaissance et un traitement essentiellement pharmacologique reposant sur les antalgiques avec un objectif curatif*

## DOULEUR CHRONIQUE <sup>1,3</sup>

**Durée** : persistance > 3 mois  
Syndrome **multidimensionnel**



- **Détérioration significative et progressive** du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière.
- Elle **perd sa finalité de signal d'alarme** et elle devient une **maladie** en tant que telle quelle que soit son origine.

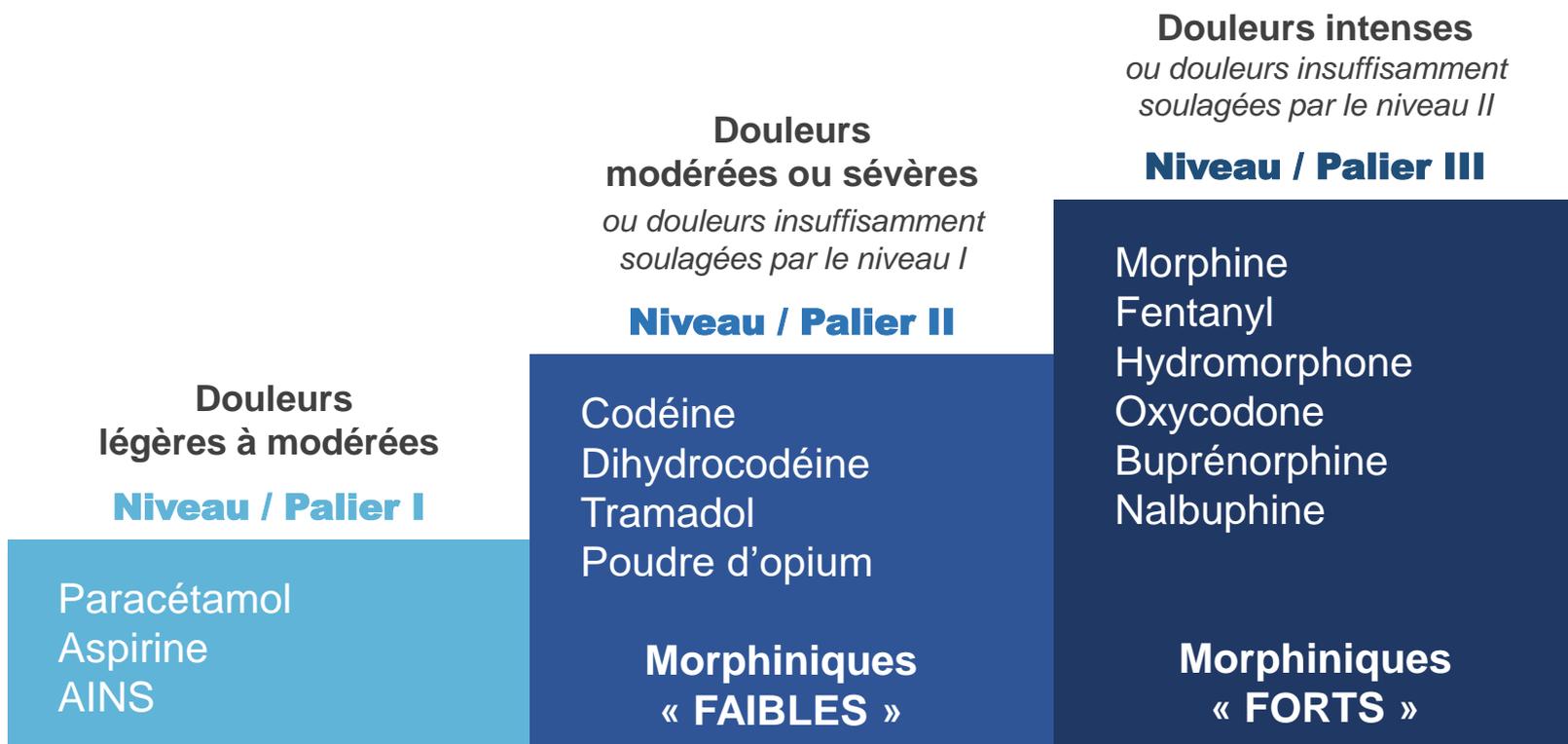
*La douleur chronique doit être appréhendée selon un modèle bio-psycho-social, sa prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multi-modal, dont l'objectif est réadaptatif*

1. INSERM. Douleur. Dossiers d'information. [en ligne] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur> (consulté le 12/07/18).  
2. SFETD. La douleur aiguë. [en ligne] <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-aigue> (consulté le 20/07/18).  
3. SFETD. La douleur chronique. [en ligne] <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique> (consulté le 20/07/18).



# Un classement des antalgiques en fonction de leur puissance supposée : uniquement pour le cancer

- **Classement des antalgiques selon l’OMS**, proposé pour le traitement des douleurs d’origine cancéreuse <sup>1</sup> :

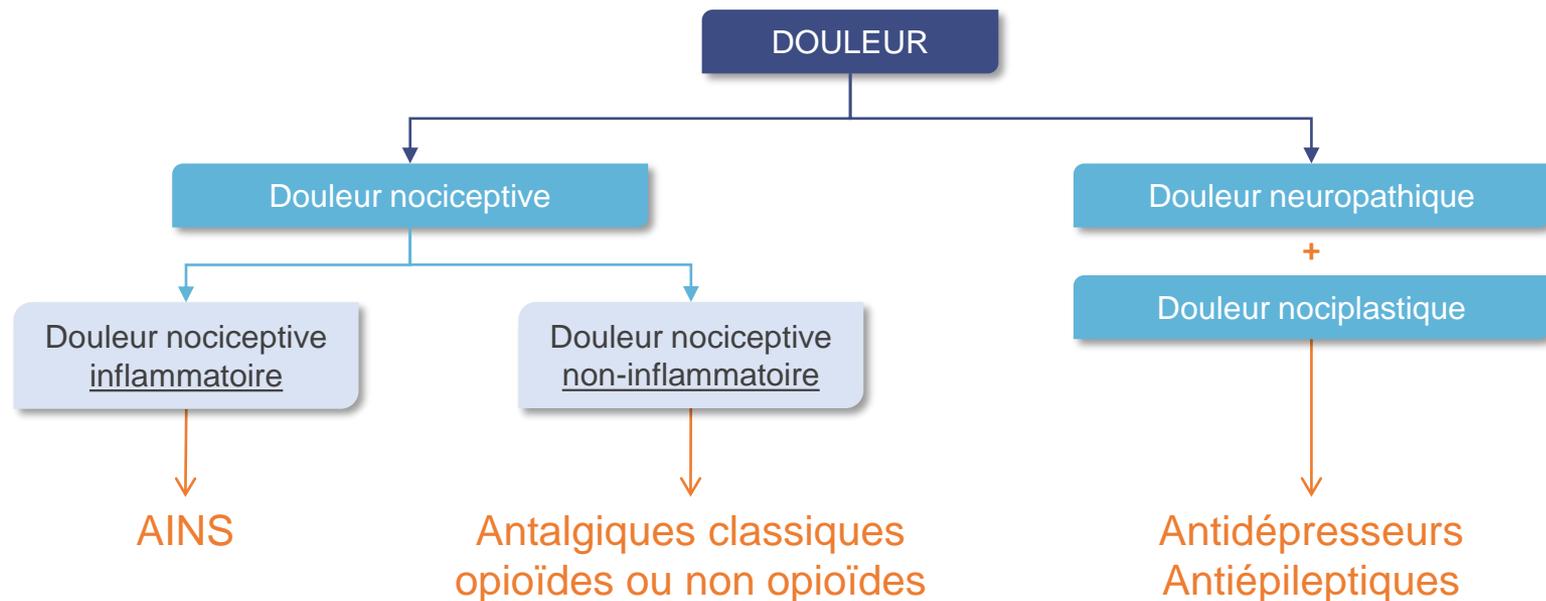


AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

1. VIDAL. Douleur chez l'adulte. Mis à jour le 31/08/17. [en ligne] <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur.html> (consulté le 29/06/18).

# Les options pharmacologiques pour soulager la douleur

- Différentes **classes thérapeutiques** sont utilisées en première intention **en fonction du mécanisme** de la douleur <sup>1,2</sup> :



- **Autres substances** utilisées pour soulager la douleur <sup>1</sup> : anesthésiques locaux, antispasmodiques

1. VIDAL. Douleur chez l'adulte. Mis à jour le 31/08/17. [en ligne] <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur.html> (consulté le 29/06/18).  
2. INSERM. Douleur. Dossiers d'information. [en ligne] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur> (consulté le 12/07/18).

# Lussier et Beaulieu (2010) : Une nouvelle classification des antalgiques basée sur leur mode d'action\*

- Antalgiques anti-nociceptifs
  - > – Non-opioïdes (paracétamol, AINS), opioïdes, cannabinoïdes
- Anti-hyperalgiques –
  - > Antagonistes NMDA, (Kétamine) gabapentinoïdes (gabapentine-neurontin , prégabaline -lyrica), nefopam- (acupan) N2O, coxibs ( AINS)
- Modulateurs des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants
  - > Antidépresseurs tricycliques, Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique
  - > Lidocaïne, carbamazépine, capsaïcine
- Mixte : antalgique anti-nociceptif et modulateur des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants
  - > Tramadol
- Autres



# Aspects pharmacologiques des opioïdes

- L'**analgésie** procurée par les opioïdes est **dose-dépendante**. Elle est observée pour les **douleurs par excès de nociception**, mais également les **douleurs neuropathiques** <sup>1</sup>. Elle est absente et déconseillée dans les douleurs nociplastiques

**« Si l'intérêt du recours aux opioïdes forts est aujourd'hui reconnu dans le traitement des douleurs chroniques nociceptives d'origine cancéreuse, le rapport bénéfice/risque d'une telle prescription dans le traitement de DCNC doit être évalué avec précision afin de ne pas utiliser un médicament qui pourrait soit être inefficace ou peu efficace, soit provoquer des effets indésirables délétères, voire entraîner le patient vers un état de dépendance physique et/ou psychique. »**

1. Fletcher D. Pharmacologie des opioïdes. EMC Anesthésie-Réanimation. 2011. Elsevier Masson SAS. doi: 10.1016/S0246-0289(11)44702-2. 2. Laqueille X, Dervaux A. Addiction aux opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. [en ligne] [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf) (consulté le 25/07/18).

# Analgésiques opioïdes : un risque de mésusage et/ou d'addiction

## 2 types de tableaux distincts :

- **Mésusage** aux analgésiques opioïdes <sup>1</sup> :
  - > Utilisation inadaptée des doses et de l'effet recherché du médicament <sup>1</sup>
  - > Ex. recherche d'un effet psychotrope non antalgique <sup>2</sup>, surdosage, chevauchement d'ordonnance, ...
- **Addiction** aux analgésiques opioïdes <sup>1</sup> :
  - > Trouble de l'usage ou *addiction* (défini par le DSM-5<sup>TM</sup> ou CIM-10) <sup>3,4</sup>

On estime qu'environ 90 % de ces situations sont le fruit d'une prescription médicale initiale <sup>1</sup>

Une addiction sous-entend un mésusage mais l'inverse n'est pas toujours vrai <sup>2</sup>

DSM : *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders.*

1. Rolland B *et al.* Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *La Revue de Médecine Interne.* 2017;38(8):539-46.

2. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016. [en ligne] [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos\\_opioides\\_forts\\_sfetd\\_version\\_longue.compressed.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf) (consulté le 03/07/18).

3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Fifth Edition. DSM-5<sup>TM</sup>. 2013. Opioid Use Disorder. pp. 540-6.

4. Laqueille X, Dervaux A. Addiction aux opiacés : clinique et complications. *in* : Reynaud M *et al.* *Traité d'Addictologie.* 2<sup>ème</sup> édition. 2016. Chapitre 101. pp. 707-11.

# Critères diagnostiques de l'addiction aux opioïdes dans le DSM-5<sup>TM</sup> et la CIM-10

## 11 critères dans le DSM-5<sup>TM</sup> 1,2

≥ 2 des manifestations suivantes sur 12 mois :

*9 critères psychiques (perte de contrôle) :*

1. Incapacité à gérer la consommation
2. Efforts infructueux pour arrêter
3. Temps consacré à la recherche
4. *Craving*
5. Incapacité de remplir des obligations
6. Problèmes relationnels, sociaux
7. Abandon des autres activités
8. Usage en situations dangereuses
9. Poursuite malgré les conséquences

*2 critères physiques :*

10. Tolérance ou accoutumance
11. Syndrome de sevrage

## 6 critères dans la CIM-10<sup>2</sup>

≥ 3 des manifestations suivantes sur 12 mois min. :

1. Tolérance
2. Syndrome de sevrage. Consommation de substances pour atténuer les symptômes de sevrage
3. *Craving*
4. Difficultés à contrôler la consommation
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de la consommation de substances. Augmentation du temps passé à obtenir ou consommer des substances
6. Poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives

# Les 4 éléments caractéristiques de l'addiction

- On distingue **4 groupes de comportements** évocateurs de l'addiction <sup>1</sup> :

## Les 4 « C » :

- > **C**ontrol : altération du contrôle sur l'utilisation du médicament <sup>1</sup>
- > **C**ompulsive : utilisation compulsive <sup>1</sup>
- > **C**onsequences : utilisation poursuivie en dépit de conséquences négatives induites <sup>1</sup>
- > **C**raving : envie ou besoin irrésistible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là <sup>1-3</sup>

1. Serra E. Les outils de repérage d'un risque d'addiction chez les patients douloureux traités par opioïdes. Douleur analg. 2012;25:67-71.

2. Auriacombe M *et al.* Le *craving* : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? In: Reynaud M *et al.* Traité d'addictologie (2<sup>e</sup> édition). Paris: Lavoisier; 2016. pp.78-83.

3. Auriacombe M *et al.* Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In: Reynaud M *et al.* Traité d'addictologie (2<sup>e</sup> édition). Paris: Lavoisier; 2016. pp. 307-10.

# Diagnostic différentiel : 4 situations cliniques difficiles à distinguer <sup>1,2</sup>

## 1 La dépendance physique :

- > Elle conduit à un risque de syndrome de sevrage en cas d'interruption trop rapide du traitement ; elle doit être différenciée de la notion de dépendance psychique pouvant survenir chez tous les patients, mais particulièrement chez des sujets prédisposés

## 2 La « pseudo-addiction » et la « pseudo-accoutumance » :

- > Elles sont caractérisées par une nécessité d'augmentation des doses d'opioïdes pour obtenir un soulagement, mais sont liées à une aggravation du processus douloureux sous-jacent.

## 3 L'hyperalgésie induite par les opioïdes :

- > Elle est difficile à diagnostiquer, caractérisée par une hypersensibilité douloureuse diffuse, qui s'aggrave avec l'augmentation de l'antalgique et justifie la diminution, voire l'arrêt du médicament opioïde.

## 4 La tolérance ou accoutumance :

- > Elle se traduit par la nécessité d'augmenter les posologies pour obtenir un soulagement acceptable de la douleur.

# Données françaises (1/2) : mésusage et addiction à la codéine

- 2 études ont étudié la prévalence du mésusage et de l'addiction parmi les patients traités par codéine <sup>1-3</sup> :
  - > **En 2009** :  
7,5 % des patients sous codéine présentaient des critères de mésusage, et **7,5 %** d'addiction <sup>1,2</sup>
  - > **En 2013** :  
6,8 % des patients sous codéine présentaient des critères de mésusage, et **17,8 %** d'addiction <sup>1,3</sup>

Dans un contexte d'automédication pour douleurs chroniques, même des opioïdes de palier 2 dits « faibles », comme la codéine, sont potentiellement vecteurs de situations de mésusage ou d'addiction <sup>1</sup>

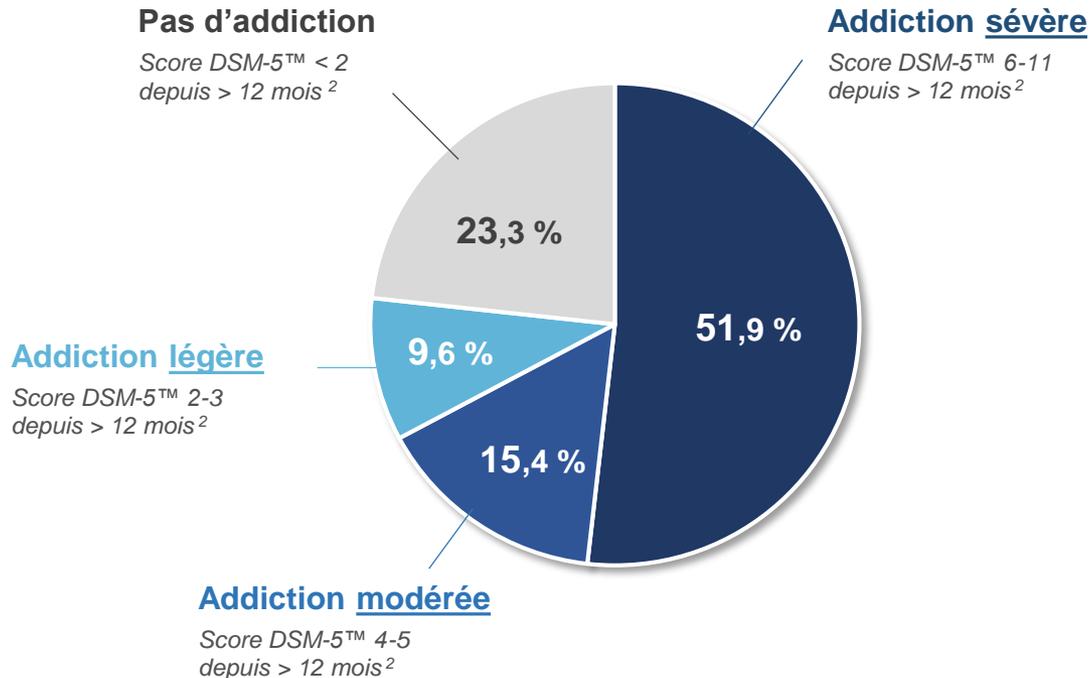
1. Rolland B *et al.* Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. La Revue de Médecine Interne. 2017;38(8):539-46.

2. Orriols L *et al.* Evaluation of abuse and dependence on drugs used for self-medication: a pharmaco-epidemiological pilot study based on community pharmacies in France. Drug Saf. 2009;32:859-73.

3. Roussin A *et al.* Misuse and dependence on non-prescription codeine analgesics or sedative H1 antihistamines by adults: a cross-sectional investigation in France. PloS One. 2013;8:e76499.

# Données françaises (2/2) : addiction aux analgésiques opioïdes dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD)

- Une **addiction aux analgésiques opioïdes** repérée chez près de 8 patients sur 10<sup>1</sup> :



## Population :

- 52 patients douloureux chroniques non cancéreux et pris en charge dans un CETD
- Âge moyen 51 ans ± 13 ans
- 73 % de femmes
- État anxieux et dépressif rapporté dans 46 % et 50 % des cas
- Douleur de type neurogène (30 %), nociceptive (30 %) et psycho-fonctionnelle (15 %)
- Principal diagnostic étiologique : fibromyalgie (57 % des cas)
- 49 % des patients étaient sous opioïde faible (62,2 % tramadol) et 51 % sous opioïde fort (morphine 43,6 %, oxycodone 41 %, fentanyl 12,8 %)

\* Étude transversale française basée sur un hétéro-questionnaire associant des données sociodémographiques, cliniques et addictologiques (11 critères des troubles de l'usage de substances : DSM-5™), proposé à chaque patient pris en charge au CETD entre le septembre 2015 et mars 2016.

1. Eiden C *et al.* Évaluation de l'addiction aux antalgiques opioïdes dans une population de patients douloureux chroniques non cancéreux et pris en charge dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD), via le questionnaire sur les troubles liés à l'usage de substances du DSM-V. *Thérapie*. 2017;72(1):169-70.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. DSM-5™. 2013. Opioid Use Disorder. pp. 540-6.



# Chiffres clés de l'OFMA sur les indications des médicaments opioïdes

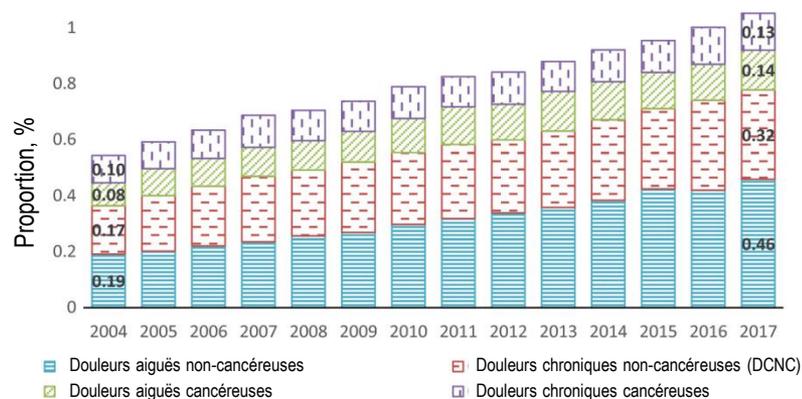
- **Hausse** de la consommation d'**opioïdes forts** pour les **douleurs chroniques non-cancéreuses (DCNC)** entre 2004 et 2017 :

> + 88 % (p < 0,05)

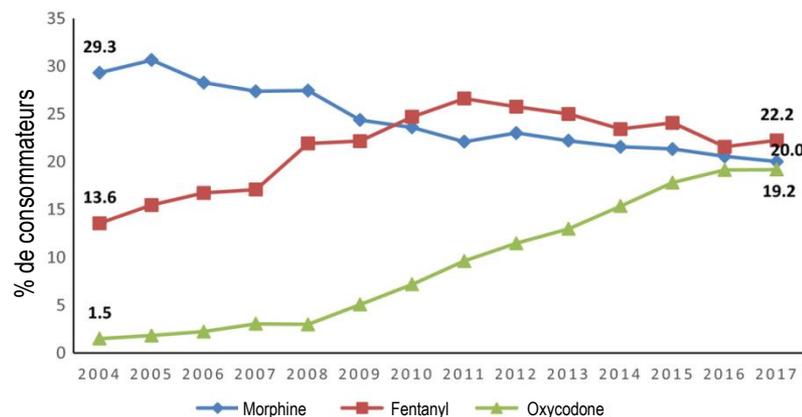
- **Hausse** de la consommation d'**oxycodone** pour les **DCNC** entre 2004 et 2017 :

> + 1 180 % (p < 0,05)

Prévalence de la consommation d'opioïdes forts en fonction du type de douleur entre 2004 et 2017



Proportion de consommateurs d'opioïdes forts pour les DCNC entre 2004 et 2017



DCNC : Douleur chronique non-cancéreuse. OFMA : Observatoire français des médicaments antalgiques.

1. Chenaf C *et al.* Prescription opioid analgesic use in France: trends and impact on morbidity-mortality. Eur J Pain. 2018. doi: 10.1002/ejp.1291.



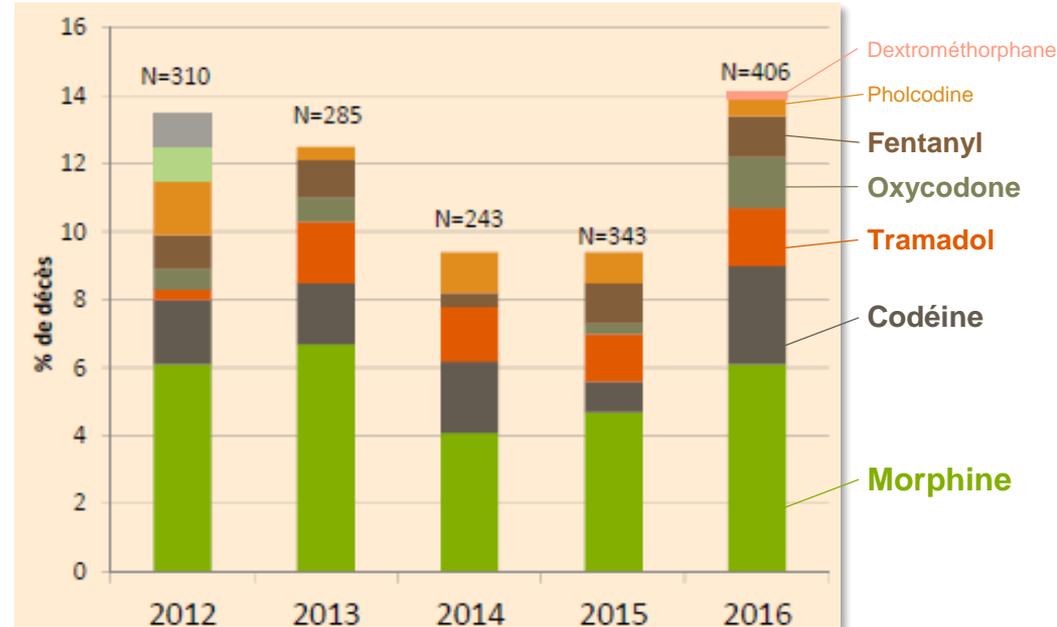


# Une morbi-mortalité très importante <sup>2</sup>

- Des conséquences somatiques, psychologiques et sociales délétères <sup>1</sup>
- Une apparition ou une exacerbation de nombreux autres troubles <sup>2</sup>

*Troubles psychiatriques, (anxiété, dépression, ...), troubles du sommeil (dont les troubles respiratoires nocturnes)*

- Un risque avéré d'overdose mortelle aux opioïdes <sup>2,3</sup> :



**Des décès par opioïdes licites (hors TAO) en augmentation**  
Les opioïdes licites sont impliqués dans > 14 % des décès en 2016 <sup>3</sup>

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances.

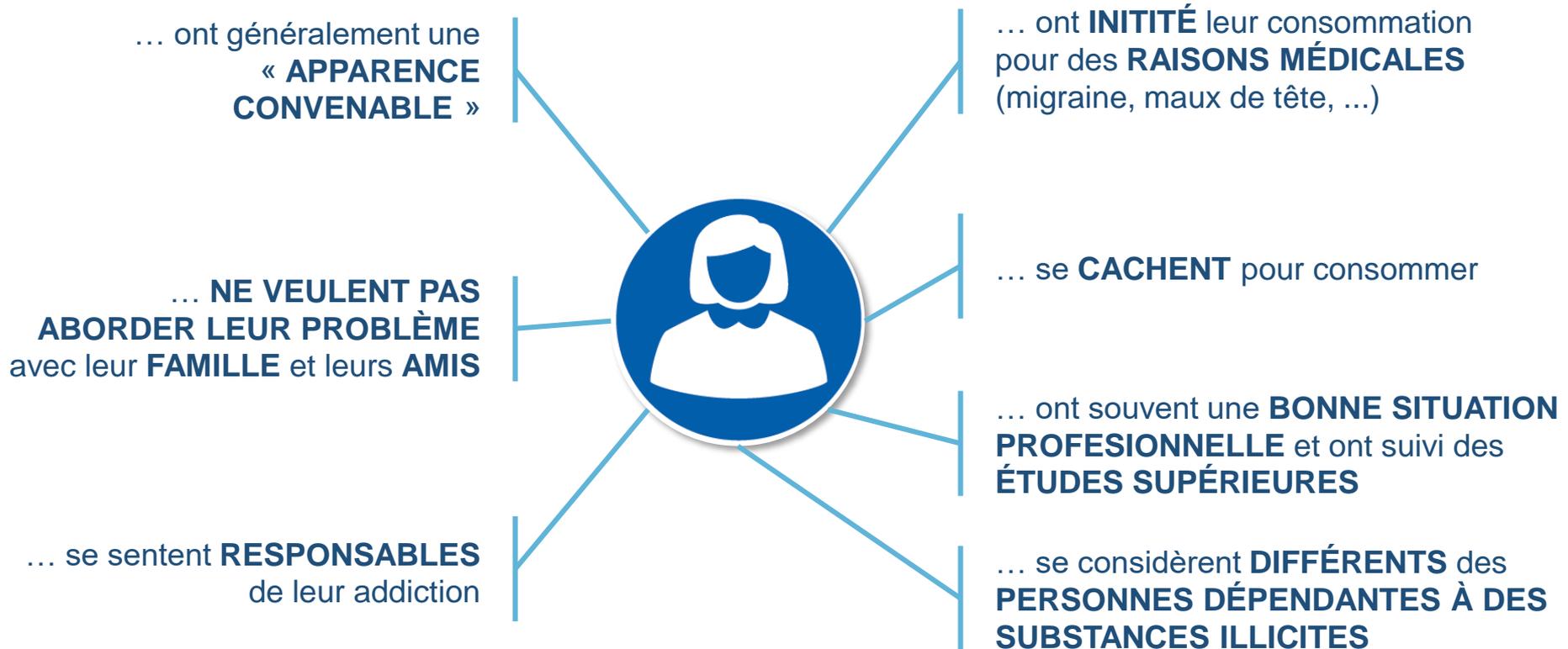
1. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016. [en ligne] [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos\\_opioides\\_forts\\_sfetd\\_version\\_longue.compressed.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf) (consulté le 03/07/18).

2. Rolland B *et al.* Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. La Revue de Médecine Interne. 2017;38(8):539-46.

3. CEIP-A. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2016. 19/04/2018.



# Des patients difficiles à identifier <sup>1</sup>



\* D'après une étude qualitative anglaise (GB) sur la dépendance aux analgésiques opioïdes. 25 personnes dépendants, dont 13 femmes, âgés de 20 à 60 ans ont été recrutées via 2 forums Internet dédiés à la problématique. 25 interviews téléphoniques ont été menées durant une période de 18 mois entre 2009 et 2010.

1. Cooper RJ. 'I can't be an addict. I am.' Over-the-counter medicine abuse: a qualitative study. BMJ Open 2013;3:e002913.

# Les étapes clés de la prise en charge <sup>1-3</sup>

**Prescription d'un analgésique opioïde :** Respecter les recommandations SFETD (indications, contre-indications, ...)

Avant la prescription

Pendant le suivi

## PRÉVENIR

- ❑ **RECHERCHER** les facteurs de vulnérabilité de mésusage/addiction
- ❑ **ÉVALUER** le risque de mésusage/addiction
- ❑ **S'ASSURER** que l'initiation d'un opioïde est adaptée au type de douleur rapporté
- ❑ **INFORMER** le patient sur la possibilité de survenue d'une addiction
- ❑ **CONTRACTUALISER** les objectifs et les modalités de surveillance du traitement avec le patient

## RÉÉVALUER

- ❑ **RECONSIDÉRER** l'utilité de la prescription d'analgésique opioïde

## RECONNAÎTRE

- ❑ **REPÉRER** le trouble de l'usage
- ❑ **IDENTIFIER** les comportements évocateurs de mésusage/addiction

## AGIR

- ❑ **ENVISAGER** un suivi conjoint algologue-addictologue
- ❑ **ENVISAGER** l'instauration d'un TAO

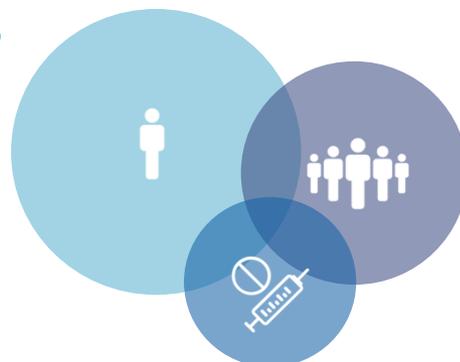
+ **Recommandations SFETD**

1. Moisset X *et al.* Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). La Presse Médicale. 2016;45(4):447-62. 1. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016. [en ligne] [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos\\_opioides\\_forts\\_sfetd\\_version\\_longue.compressed.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf) (consulté le 03/07/18). 2. Rolland B *et al.* Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. La Revue de Médecine Interne. 2017;38(8):539-46.

# Addiction : repérer les populations vulnérables

## Facteurs de risques identifiés <sup>1-4</sup> :

- ### Individu <sup>3</sup>
- Précocité d'expérimentation
  - Héritage génétique
  - Comorbidités psychiatriques
  - Troubles de la personnalité ; caractère / tempérament
  - Événements de la vie
  - Détresse psychologique
  - Polyconsommation (BZD, alcool, tabac, ...)
  - Troubles du sommeil
  - ...



### Environnement <sup>3</sup>

- Culturels et sociaux :
  - Exposition : disponibilité, attractivité
  - Isolement, précarité
  - Consommation nationale
- Familiaux :
  - Fonctionnement familial (conflits, événements vitaux, ...)
  - Consommation familiale (habitudes de consommation ou non-consommation, acceptation ou rejet, interdits religieux, ...)
  - Rôle des pairs (amis)

### Produit <sup>3</sup>

- Potentiel addictif de la substance <sup>4</sup>
- Voie d'administration de la substance <sup>5</sup>

L'existence de facteurs de risque n'interdit pas la prescription, mais justifie une information, une attention et un suivi renforcés <sup>1</sup>

1. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016. [en ligne] [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos\\_opioides\\_forts\\_sfetd\\_version\\_longue.compressed.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf) (consulté le 03/07/18).  
 2. Rolland B *et al.* Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *La Revue de Médecine Interne*. 2017;38(8):539-46. 3. Reynaud M. Comprendre les addictions : l'état de l'art. In: Reynaud M *et al.* *Traité d'addictologie* (2<sup>e</sup> édition). Paris: Lavoisier; 2016. pp.3-28. 4. Antony JC *et al.* Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances, and Inhalants: Basic Findings From the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1994;2(3):244-68. 5. NIH. The Brain: Understanding Neurobiology. Lesson 3 - Explain/Elaborate. *Drugs Change the Way Neurons Communicate*. [en ligne] <https://science.education.nih.gov> (consulté le 03/01/18).

# Questionnaire *Opioid Risk Tool* (ORT), un outil simple et rapide



- Avant la 1<sup>ère</sup> prescription, évaluer le risque potentiel de mésusage <sup>1</sup> :

## ORT • 5 items (pondérés par le sexe du patient)

|   | Femme | Homme |
|---|-------|-------|
| <b>1 Antécédent familial d'abus d'une substance</b>   |       |       |
| Alcool _____  | 1     | 3     |
| Drogues illicites _____   | 2     | 3     |
| Autre _____   | 4     | 4     |
| <b>2 Antécédent personnel d'abus d'une substance</b>  |       |       |
| Alcool _____  | 3     | 3     |
| Drogues illicites _____   | 4     | 4     |
| Médicaments d'ordonnance _____  | 5     | 5     |
| <b>3 Âge (sujets de 16 à 45 ans)</b> _____  | 1     | 1     |
| <b>4 Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance</b> _____                                  | 3     | 2     |
| <b>5 Trouble psychologique</b>  |       |       |
| Trouble de l'attention, trouble bipolaire,<br>trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie _____ | 2     | 2     |
| Dépression _____  | 1     | 1     |

- Cotation :**
- ▶  $\geq 8$  points : Patients à risque fort de mésusage
  - ▶ 4-7 points : Patients à risque modéré de mésusage
  - ▶ 0-3 point(s) : Patients à risque faible de mésusage

# Pendant le suivi, réévaluer la prise en charge

- **RECONSIDÉRER l'utilité de la prescription au-delà de 150 mg/j équivalent-morphine** <sup>1,2</sup>

*NB : on considère que la dose est :*

- > « faible » lorsqu'elle est de 40 mg/j ou moins en équivalent-morphine,
- > « modérée » entre 41 à 90 mg/j en équivalent-morphine,
- > et « haute » au-dessus de 90 mg/j en équivalent-morphine.

- **RECONSIDÉRER l'utilité d'une prescription au long cours, surtout en cas de douleurs résiduelles** <sup>1</sup>

1. Rolland B *et al.* Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. La Revue de Médecine Interne. 2017;38(8):539-46.

2. Moisset X *et al.* Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). La Presse Médicale. 2016;45(4):447-62.

# Auto-questionnaire *Prescription Opioid Misuse Index (POMI)*



- En cours de traitement, repérer une situation de mésusage <sup>1</sup> :

| POMI • 6 questions   |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Répondez le plus spontanément possible à ces 6 questions sur vos médicaments antalgiques   | Oui                      | Non                      |
| 1 Vous arrive-t-il de prendre plus de médicaments (c'est-à-dire une dose plus importante) que ce qui vous est prescrit ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Vous arrive-t-il de prendre plus souvent vos médicaments (c'est-à-dire raccourcir le temps entre deux prises) que ce qui vous est prescrit ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Vous arrive-t-il de faire renouveler votre traitement contre la douleur plus tôt que prévu ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Vous arrive-t-il de vous sentir bien ou euphorique après avoir pris votre médicament antalgique ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Vous arrive-t-il de prendre votre médicament antalgique parce que vous êtes tracassé ou pour vous aider à faire face à des problèmes autres que la douleur ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Vous est-il arrivé de consulter plusieurs médecins, y compris les services d'urgence pour obtenir vos médicaments antalgiques ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>Cotation :</b> Chaque réponse OUI compte 1 point et chaque réponse NON 0 point. La somme des points (entre 0 et 6) permet de calculer le score. Un <b>score ≥ 2</b> est considéré comme positif et objective une <b>situation de mésusage</b>.</p> |                          |                          |

1. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Janvier 2016. [en ligne] [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos\\_opioides\\_forts\\_sfetd\\_version\\_longue.compressed.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf) (consulté le 03/07/18).



# Identifier les signes d'alerte (1/3)

## SIGNES PHYSIQUES<sup>1-3</sup>

- Symptômes de sevrage : transpiration, larmoiement, bâillements, tremblements, pupilles dilatées, nausées, courbatures, tachycardie, ...
- Constipation
- Somnolence
- Faible activité
- Troubles du sommeil
- Plaintes douloureuses

1. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *European Journal of Pain*. 2007;11:490-518.

2. Royal College of General Practitioners (RCGP). Substance Misuse and Associated Health. Prescription and over-the-counter medicines misuse and dependence. Factsheet 3 Identification. How are patients who are misusing or dependent on prescription-only or over-the-counter medicines identified?.

3. WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. 2009.

# Identifier les signes d'alerte (2/3)

## SIGNES PSYCHOLOGIQUES<sup>1-4</sup>

- Dépression
- État confusionnel
- Irritabilité, hostilité
- Sautes d'humeur excessives
- Détérioration dans les aptitudes professionnelles, familiales ou sociales en lien avec l'usage du médicament
- Inquiétude exprimée par les proches

1. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *European Journal of Pain*. 2007;11:490-518.

2. Royal College of General Practitioners (RCGP). Substance Misuse and Associated Health. Prescription and over-the-counter medicines misuse and dependence. Factsheet 3 Identification. How are patients who are misusing or dependent on prescription-only or over-the-counter medicines identified?.

3. Portenoy RK. Opioid Therapy for Chronic Nonmalignant Pain: Clinicians' Perspective. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 1996;24:296-309.

4. Houle M, Raymond MC. Opioïdes et douleur chronique non cancéreuse : enjeux cliniques. *Drogues, santé et société* 2008;7(1):357-89.

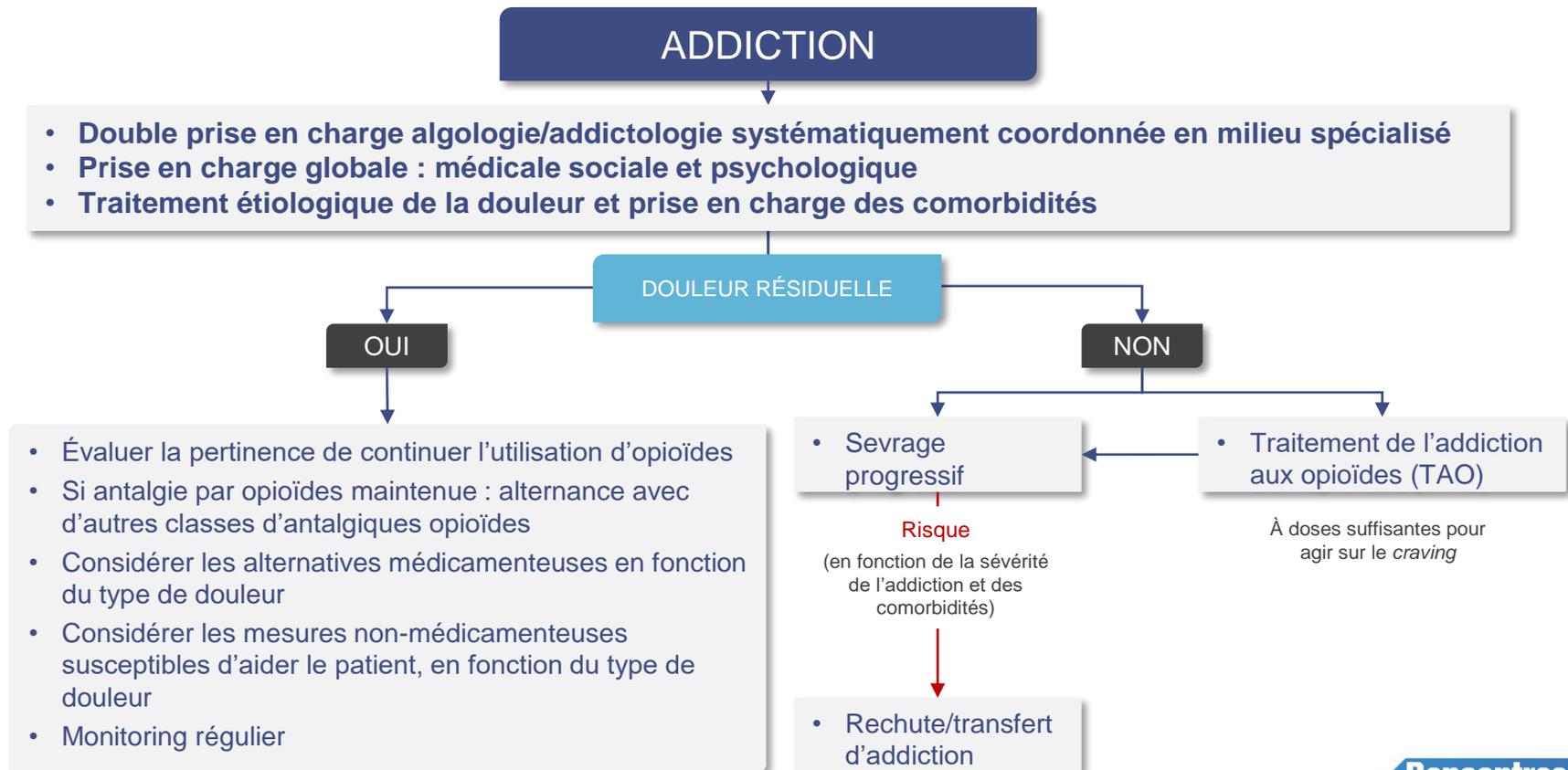
# Identifier les signes d'alerte (3/3)

## SIGNES **COMPORTEMENTAUX** <sup>1</sup>

- Recours à de multiples prescripteurs
- Consultations fréquentes aux urgences
- Intolérances multiples aux analgésiques non opioïdes et refus de poursuivre les autres analgésiques
- Augmentation des doses fréquentes, sans explication clinique
- Augmentation des doses en dehors d'une prescription médicale
- Appels fréquents pour demande de prise de RDV et plus précoces que prévu
- Fréquente insuffisance de médicaments
- Refus systématique d'envisager un autre traitement

# Principes d'intervention : situation d'addiction

## • Conduite à tenir <sup>1,2</sup> :



1. Rolland B *et al.* Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. La Revue de Médecine Interne. 2017;38(8):539-46.  
2. National guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence. Commonwealth of Australia 2014.

# Principes d'intervention : situation de mésusage

## • Conduite à tenir <sup>1</sup> :





# MESSAGES CLÉS





## Messages clés (3/4)

- Le mésusage ou l'addiction aux analgésiques opioïdes sont le **fruit d'une prescription médicale initiale** dans **9 cas sur 10**
- Oublier la notion d'**opioïdes faibles ou forts**
- Une **morbi-mortalité croissante**
  - > Les opioïdes licites (morphine, codéine, tramadol, ...) sont impliqués dans > 14 % des décès par overdose en France en 2016, selon l'enquête DRAMES



## Messages clés (4/4)

- Avant la prescription, **évaluer** le risque de **mésusage** ou d'**addiction**
  - > En identifiant les populations à risque / facteurs de risque
  - > À l'aide du questionnaire ORT
- Pendant la prescription, **repérer une situation de mésusage** ou d'**addiction lors de chaque renouvellement d'ordonnance**
  - > En repérant les signes d'alerte physiques, psychologiques et comportementaux
  - > À l'aide du questionnaire POMI
- En fonction de la situation, **adapter la prise en charge** :
  - > Mésusage aux opioïdes de prescription
  - > Addiction aux analgésiques opioïdes avec douleur résiduelle
  - > Addiction aux analgésiques opioïdes sans douleur résiduelle



Merci de votre attention