

LA PRESCRIPTION DES ANTALGIQUES OPIOÏDES DANS LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE CHEZ L'ADULTE

Guide de bonnes pratiques

Pourquoi ?

Prévention du trouble de
l'usage des opioïdes dans
les douleurs chroniques non
cancéreuses

Pour qui?

Professionnels de santé

Quels moyens ?

- Rappel des définitions
- Recommandations pour une
prescription optimale
- Échelles d'évaluations et outil d'aide
pour une prescription moins risquée

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
QUELQUES RAPPELS	2
AVANT LA PRESCRIPTION D'OPIOÏDES.....	4
PENDANT LA PRESCRIPTION D'OPIOÏDES	7
PRESCRIPTION D'OPIOÏDES CHEZ LES PATIENTS SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ORALE.....	11
NE PAS OUBLIER L'ANTIDOTE : LA NALOXONE	12
CONCLUSION	13
POUR PLUS D'INFORMATIONS :	14
ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'USAGE DES OPIOÏDES SELON DSM V.....	15
ANNEXE 2 : ORT- OUD : ECHELLE ORT REVISEE	17
ANNEXE 3 : POMI – 5	18

INTRODUCTION

En médecine générale, la douleur est le premier motif de consultation.

En France, la prévalence de la douleur chronique varie de 27,2% à 37,2% (1)

D'après le rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur « *l'État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques* » publié en 2019 (2), les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs d'opioïdes forts et faibles, suivis des dentistes, rhumatologues et chirurgiens orthopédiques.

Depuis une dizaine d'années, la prescription d'opioïdes a plus que doublé, en parallèle d'un accroissement des troubles de l'usage des opioïdes, des hospitalisations et décès par overdoses(3). Les professionnels des CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) constatent d'ailleurs l'apparition d'une nouvelle population de patients : des jeunes adultes développant des troubles de l'usage des antalgiques opioïdes qui leur ont été prescrits dans un contexte de douleur.

Les médecins sont plus ou moins à l'aise dans la prescription des opioïdes selon leurs formations et leurs pratiques professionnelles. Des recommandations existent mais ne sont pas toujours suivies et/ou connues.

Dans un objectif d'information à visée de prévention, j'ai créé ce guide de bonnes pratiques destiné aux professionnels de santé, afin de leur fournir un support d'aide à la prescription des antalgiques opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Cet outil s'appuie essentiellement sur diverses recommandations nationales et parmi elles, les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en mars 2022. Elles sont regroupées en plusieurs parties. Nous commencerons par quelques rappels sur les définitions puis nous exposerons les recommandations selon les différents stades de prescription. Nous commencerons par les recommandations applicables avant la prescription, suivies de celles applicables pendant la prescription et nous terminerons par les modalités de prescription d'opioïdes chez les patients sous traitement de substitution orale. S'ajoute à cela un petit rappel sur la naloxone, l'antidote des surdoses aux opioïdes.

Nous avons tous entendu parler de la crise des opioïdes aux Etats-Unis. En France, nous ne sommes pas au même stade. En effet, nous pouvons encore agir, il est encore temps !

1. Chenaf C, Delorme J, Delage N, Ardid D, Eschaller A, Authier N. Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture-recapture method: a population-based study. *Pain*. nov 2018;159(11):2394-402.

2. Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - ANSM [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioïdes-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france>

3. Décès directement liés aux drogues - Tendances 133 - juillet 2019 - OFDT [Internet]. [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/decès-directement-liés-aux-drogues-tendances-133-juillet-2019/>

QUELQUES RAPPELS

- **La tolérance** : Mécanisme physiologique d'adaptation de l'organisme face à l'administration au long cours d'une substance exogène. Ainsi, le patient constate une perte de l'efficacité de soulagement du traitement. Il est alors nécessaire d'augmenter la posologie du traitement afin d'obtenir le même effet.

Lors de la consommation d'opioïdes au long cours, la tolérance est traduite au niveau cellulaire et moléculaire par une désensibilisation des récepteurs opioïdes (diminution de l'affinité des récepteurs et diminution de leur quantité à la surface des cellules).

La tolérance peut être croisée, c'est-à-dire que la tolérance produite à la suite de l'administration d'un médicament peut induire une tolérance aux effets des autres médicaments de même classe pharmacologique.

- **La pharmacodépendance** : Inhérente à tout traitement opioïde prolongé, elle peut être asymptomatique. Elle comprend la dépendance physique et la dépendance psychologique. Cliniquement, la dépendance physique s'exprime par le syndrome de sevrage et la dépendance psychique s'exprime par cette envie compulsive, cette pulsion à consommer une substance. La pharmacodépendance apparaît lorsque la substance n'est plus régulièrement et/ou quantitativement administrée.

Dans la consommation d'opioïde exogène, l'activation des récepteurs opioïdes induit une inhibition des interneurons gabaergiques. Or ces interneurons diminuent normalement la sécrétion extracellulaire de dopamine. Ainsi, la pharmacodépendance se développe en partie par une augmentation de la dopamine, le principal neurotransmetteur du circuit de récompense qui nous procure la satisfaction, le plaisir. Par ailleurs, d'autres acteurs tels que les neurones sérotoninergiques et noradrénergiques jouent également un rôle dans la dépendance.

- **Le syndrome de sevrage des opioïdes** : Il s'exprime par des symptômes physiques (agitation, rhinorrhée, larmoiement, frissons, augmentation de la transpiration, douleurs abdominales diffuses, nausées, vomissements, douleurs articulaires et musculaires, tachycardie, hypotension, mydriase bilatérale) et des symptômes psychiques (irritabilité, anxiété, dépression, recherche compulsive de la substance, troubles du sommeil).

- **Le trouble de l'usage des opioïdes** : Nouveaux critères diagnostiques selon DSM V (*Annexe 1*). Cette nouvelle définition regroupe les définitions d'abus et d'addiction ainsi que l'identification des conséquences personnelles, sociales et professionnelles associées au trouble de l'usage des opioïdes.

NB : il peut y avoir une pharmacodépendance sans trouble de l'usage des opioïdes.

- **Le mésusage des opioïdes** : Usages intentionnels, inappropriés ou autres que ceux pour lesquels le traitement opioïde a été prescrit.
- **Le craving** : Envie irrésistible et intense de consommer une substance.
- **Hyperalgésie induite par les opioïdes** : C'est une complication d'une consommation chronique des opioïdes, qui se traduit cliniquement par une augmentation de la sensibilité à des stimuli douloureux ou non douloureux, une augmentation de l'intensité de la douleur et une extension de la douleur au-delà de la zone de stimulation nociceptive. Il faut la différencier de la tolérance.
- **Signes de surdose en opioïdes** : Altération de la vigilance, myosis, somnolence, myoclonies, hallucinations, cauchemars, diminution de la fréquence respiratoire.
- **La douleur nociplastique** : Douleur qui résulte d'une altération de la nociception, en l'absence de preuve évidente de lésion tissulaire ou de maladie ou de lésion du système somatosensoriel à l'origine de la douleur. Par exemple : fibromyalgie, syndrome du côlon irritable, syndrome des jambes sans repos.

AVANT LA PRESCRIPTION D'OPIOÏDES

La prévention commence déjà avant notre prescription des antalgiques opioïdes.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les antalgiques opioïdes se répartissent en deux groupes : les antalgiques de palier II, qui regroupent les opioïdes faibles tels que le tramadol, la codéine, la nalbuphine, la poudre d'opium, et les antalgiques de palier III regroupant les opioïdes forts tels que la morphine, l'oxycodone, le fentanyl, la buprénorphine, la méthadone et l'hydromorphone.

Les antalgiques opioïdes de palier II sont indiqués dans les douleurs modérées à sévères notamment dans les douleurs cancéreuses, mais aussi dans certaines douleurs aiguës ou chroniques non cancéreuses, non soulagées par le paracétamol et/ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les antalgiques opioïdes de palier III, quant à eux, sont recommandés dans les douleurs sévères ou rebelles aux antalgiques de palier inférieur, et en particulier celles liées au cancer.

En réalité, les antalgiques opioïdes n'ont pas beaucoup d'indications dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Ainsi, avant la prescription d'antalgique opioïde, il s'agit de vérifier plusieurs points :

1. La prescription d'opioïde est à envisager en **dernière intention** dans la prise en charge des douleurs chroniques tels que les lomboradiculalgies et lombalgies, les douleurs arthrosiques des membres inférieurs, et autres maladies évolutives (neurodégénératives, situations palliatives non liées au cancer etc...)
2. S'assurer de **l'étiologie** et du **mécanisme** de la douleur (distinguer douleur nociceptive, neuropathique, mixte ou nociplastique). Les antalgiques opioïdes sont indiqués dans les douleurs nociceptives.

NB : Le tramadol peut être utilisé dans les douleurs mixtes (nociceptives et neuropathiques), car c'est non seulement un agoniste du récepteur mu, mais aussi un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et noradrénaline.

3. Ne pas oublier la **prise en charge globale** du patient douloureux chronique. Elle prend en compte l'aspect psychologique, social, professionnel et rééducatif.

4. Avant d'introduire les antalgiques opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse, s'assurer que toutes formes de thérapeutiques médicamenteuses ou non, recommandées dans la pathologie, ont été envisagées.
5. La prescription des antalgiques opioïdes **n'est pas recommandée** dans les douleurs suivantes :
 - Céphalées primaires (migraines)
 - Les douleurs chroniques pelviennes
 - Les douleurs musculosquelettiques (autres que les lombalgies/lomboradiculalgies, arthrose)
 - Les douleurs nociplastiques (fibromyalgie, syndrome de l'intestin irritable etc...).
6. Il est souhaitable d'associer des co-analgésiques non opioïdes à la prescription d'opioïde. En effet, cela peut créer une synergie entre les différents traitements antalgiques, augmentant leur efficacité. Il est également préférable d'associer des moyens thérapeutiques non médicamenteuses. Tout cela permet une prescription d'opioïde optimale, à la plus faible dose possible.
7. Voici quelques thérapeutiques non médicamenteuses que l'on peut proposer : kinésithérapie, balnéothérapie, sophrologie, suivi chez un psychologue ou psychiatre (en fonction des comorbidités), l'application de TENS (neurostimulation électrique transcutanée), ostéopathie, qi-gong, hypnose, acupuncture, méditation, yoga.
8. Établir un contrat avec le patient, en définissant un **objectif** de soulagement ou d'amélioration fonctionnelle atteignable. Le seuil d'objectif peut être fixé à 30%.
9. Le fentanyl transmuqueux n'est pas indiqué (**pas d'AMM**), ni recommandé dans les douleurs chroniques non cancéreuses.
10. Le fentanyl transdermique **n'est pas adapté** lors d'une **instauration** de traitement excepté en cas d'insuffisance rénale chronique modérée à sévère où il est envisageable.
11. Vérifier s'il y a la présence de **co-prescriptions à risque** (benzodiazépines, gabapentinoïdes)

12. Rechercher les **facteurs de risques** de trouble de l'usage des opioïdes :

- Comorbidités psychiatriques (syndrome anxiodépressif, trouble du comportement, trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif ...)
- Antécédent personnel ou familial d'usage problématique de substances psychoactives/médicaments
- Age jeune
- Antécédent de prescription d'opioïdes

Il est possible de s'aider de l'échelle **ORT-LOUD « Opioid Risk Tool – Opioid Use Disorder »**. C'est une version révisée de l'échelle ORT initiale, avec des réponses binaires et des scores non pondérés en fonction du sexe (*Annexe 2*). Temps de lecture : moins d'1 minute.

A savoir, **un score supérieur ou égal à 3 (risque élevé)** ne contre-indique pas la prescription d'un opioïde, mais demande une surveillance régulière du traitement antalgique et plus de prudence lors de la prescription.

N.B : L'échelle ORT-LOUD est un support d'aide pour évaluer les facteurs de risque de mésusage, et non un outil diagnostique.

PENDANT LA PRESCRIPTION D'OPIOÏDES

Lors d'un renouvellement d'ordonnance, il peut être bienvenue de suivre les recommandations ci-dessous.

1. Réévaluer **régulièrement** la tolérance de l'opioïde et la douleur du patient (tous les 1 à 2 mois) : intensité, type de douleur, aggravation, amélioration, changement de la douleur, sensation ou non d'une euphorie au moment de la prise ?
2. L'objectif de soulagement est-il atteint ?

Nous pouvons conclure à une efficacité du traitement lorsqu'il y a un soulagement des douleurs ou une amélioration fonctionnelle $\geq 30\%$. Sinon il faut envisager un changement de traitement.

3. Lorsqu'une titration par voie orale d'un antalgique opioïde à libération immédiate a été faite pendant 48h, penser à **convertir les doses en libération prolongée** si vous pensez que la prescription dépassera plus d'une semaine.

Les molécules à libération immédiate sont plus à risque addictogène.

La durée d'action des opioïdes à libération immédiate est de 4 à 6 heures en moyenne. Le pic d'action est souvent atteint au bout d'une heure lorsque le traitement est pris par voie orale. Ainsi, au bout d'une heure le patient ne ressent plus la douleur et ressent un état de bien-être (à ce moment-là, le circuit de récompense est activé dans le cerveau). Mais l'effet ne dure pas longtemps avec la libération immédiate. Lorsque les effets du médicament diminuent progressivement, le patient peut ressentir un effet de manque, une envie de renouveler l'état de bien-être et par conséquent va renouveler les prises d'opioïdes dès qu'il pourra ou même avant l'intervalle de temps à respecter entre deux doses.

Au fil du renouvellement des prises, une tolérance se développera, conduisant le patient à augmenter la posologie afin d'obtenir le même effet, ce qui induira par la suite une pharmacodépendance et/ou un trouble de l'usage d'opioïdes.

4. Ne pas dépasser la prescription **au-delà de 120mg EMO (équivalent morphine orale)** selon les nouvelles recommandations de la HAS de mars 2022.

C'est à titre indicatif. Bien sûr il ne faudra pas attendre d'atteindre cette posologie pour chercher d'autres solutions thérapeutiques.

5. Durant le traitement, une mauvaise tolérance ou des effets indésirables peuvent apparaître. Dans ces cas-là, plusieurs choses à ne pas oublier :
 - Exclure la possibilité que les symptômes ne soient pas liés au traitement opioïde lui-même (d'autres problèmes médicaux pouvant expliquer les symptômes)
 - Exclure la possibilité que la mauvaise tolérance puisse provenir d'une altération d'un organe comme l'insuffisance hépatique ou rénale
 - Si possible, arrêter ou diminuer la posologie de certains médicaments pouvant être en interaction avec les opioïdes
 - Traiter les symptômes
 - Si la balance bénéfique/risque est défavorable, essayer de diminuer la dose d'opioïde et d'ajouter un traitement antalgique non opioïde

6. Si vous avez la confirmation que les effets indésirables sont bien causés par l'opioïde prescrit, et difficiles à gérer, vous pouvez envisager un **changement d'opioïdes** si vous vous sentez à l'aise dans ce genre de prescription.

Le changement d'opioïde était initialement très pratiqué dans les douleurs cancéreuses. Cette pratique a été par la suite répandue à la douleur chronique non cancéreuse.

Pour le changement d'opioïde, il n'existe pas d'équivalence formelle (tables de conversion différentes selon les référentiels). Il est conseillé de diminuer de 25% à 50% la dose proposée par les tables pour le nouvel opioïde. Cette réduction est fixée selon l'état clinique du patient.

Par exemple :

- *Pour les insuffisants rénaux et hépatiques : diminuer la dose convertie.*
- *Avec une insuffisance surrénalienne ou une hypothyroïdie, l'effet des antalgiques opioïdes peut être exagéré et anormalement prolongé.*
- *Choisir une réduction de 50% pour les patients âgés, fragiles, ayant une dose importante d'antalgique opioïde.*

Précaution à prendre avant le changement d'opioïdes :

- Efficacité de l'opioïde initial a été évaluée suffisamment longtemps
- Recherche d'une alternative au changement d'opioïde
- Le patient a-t-il reçu d'autres opioïdes ? Si oui, quelle a été la réponse au traitement ?
- Rechercher la présence d'une interaction médicamenteuse entre les autres traitements du patient et le nouvel opioïde

- Rechercher les contre-indications au nouvel opioïde et les comorbidités du patient

Exemple de tableau de conversion :

Tableau I Coefficients de conversion des principaux opioïdes de niveaux 2 et 3 OMS.		
DCI*	Coefficients de conversion	Équivalence de dose de morphine orale
Dihydrocodéine	1/3	60 mg de dihydrocodéine = 20 mg de morphine
Tramadol	1/5	50 mg de tramadol = 10 mg de morphine
Codéine	1/6	60 mg de codéine = 10 mg de morphine
Dextropropoxyphène	1/6	60 mg de dextropropoxyphène = 10 mg de morphine
Morphine orale	1	Opioïde de référence
Morphine IV	3	3,33 mg de morphine IV = 10 mg de morphine
Morphine SC	2	5 mg de morphine SC = 10 mg de morphine
Oxycodone	2	5 mg d'oxycodone = 10 mg de morphine
hydromorphone	7,5	4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine
Buprénorphine	30	0,2 mg de buprénorphine = 6 mg de morphine
Fentanyl transdermique	≈ 100	Un patch 25 µg/h = 60 mg de morphine

*Dénomination commune internationale.

Figure 1 : Échelle d'Équivalences des Antalgiques (EEDA) : mise au point d'un outil pour la conversion équianalgésique. N.Bobekeur, J.Delorme, P.Rousseul (2006)

7. Évaluer régulièrement, lors d'un renouvellement d'ordonnance, le risque de mésusage des opioïdes à l'aide de l'échelle POMI 5F (récemment validée en français) : échelle de 5 questions (Annexe 3). Temps de lecture : 1 min.

Si le score est $\geq 2/5$: risque de mésusage. Recherche des signes de sevrage, de tolérance ou de trouble de l'usage des opioïdes.

8. Devant une dépendance physique sans douleur résiduelle, initier une diminution lente, progressive et planifiée de l'antalgique opioïde. Il n'existe pas de protocole ni de consensus.
9. Penser à la possibilité d'une **hyperalgésie induite par les opioïdes** devant une constante augmentation des posologies des opioïdes avec une absence de soulagement.

Cliniquement, nous constatons :

- Une augmentation de l'intensité des douleurs
- Une sensibilité accrue à la douleur
- Une extension de la douleur au-delà de la zone de stimulation nociceptive

Devant ce tableau, il est important d'essayer de soulager les douleurs avec d'autres thérapeutiques médicamenteuses ou non (antalgiques non opioïdes, thérapie de médecine manuelle et rééducative, thérapie psychologique, thérapies complémentaires telles que le yoga, la sophrologie etc...) avant d'initier une diminution progressive des opioïdes.

En effet, cela peut paraître paradoxal. Les antalgiques opioïdes ont un effet analgésique, mais la prise au long cours de ces traitements provoque au contraire une hyperalgésie. La consommation d'opioïde chronique génère une perturbation de la modulation des voies nociceptives. Plusieurs mécanismes moléculaires et cellulaires participent à cette hyperalgésie. Une des voies principales est l'activation des récepteurs NMDA par le glutamate qui est libéré en grande quantité et de manière soutenue (les opioïdes au long cours perturbent la régulation de la recapture du glutamate). Par conséquent, l'activation soutenue des récepteurs NMDA, induit une hyperexcitabilité centrale des neurones nociceptives et donc une perception amplifiée de la douleur par le cerveau.

10. Ne pas hésiter à demander un avis et/ou adresser le patient vers un centre d'addictologie ambulatoire ou hospitalier (liste disponible sur le site de CIRDD Alsace ou Grand Est Addictions) pour la prise en charge d'un trouble de l'usage des opioïdes, mésusage des opioïdes et/ou dépendance physique avec un syndrome de sevrage difficile à suivre en cabinet de médecine générale.

11. Quand demander un avis spécialisé ?

- Présence d'un fort risque de trouble de l'usage des opioïdes (addictologue/algologue)
- Présence d'un trouble de l'usage des opioïdes, difficile à prendre en charge au cabinet de médecine générale (addictologue)
- Impossibilité d'arrêter un traitement opioïde malgré l'inefficacité du traitement et l'absence d'amélioration sur la douleur (addictologue)
- Prescription dépassant la dose de 120mg EMO dans les situations ci-dessous (algologue/psychiatre) :
 - Situations douloureuses complexes, dont l'étiologie est difficile à déterminer
 - Après 3 à 6 mois de traitement, absence de bénéfice clinique
 - Présence de comorbidités psychiatriques sévères

PRESCRIPTION D'OPIOÏDES CHEZ LES PATIENTS SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ORALE

Selon nos expériences professionnelles et nos formations, nous sommes plus ou moins à l'aise face aux patients sous traitement de substitution orale (TSO), et surtout lorsqu'ils viennent consulter pour une douleur. Ne tombons pas dans le piège des idées reçues. Ainsi, retenons que :

- Les patients sous TSO peuvent avoir des douleurs chroniques malgré le traitement de substitution orale
- L'instauration d'un antalgique opioïde ne conduit pas forcément à une rechute
- Les traitements antalgiques peuvent soulager les patients sous TSO
- Ces patients nécessitent parfois des doses plus importantes, une durée d'administration plus longue et un fractionnement de leur traitement de substitution orale

Selon les nouvelles recommandations de la HAS de mars 2022 :

1. Pour la prise en charge antalgique d'un patient **sous méthadone**
 - Possibilité d'augmenter la dose et de la fractionner en 3 à 4 prises à la place d'une prise unique par jour
 - Possibilité de rajouter de la morphine orale avec équilibration progressive par titration

Attention : L'oxycodone est à éviter, car il y a un risque d'interaction médicamenteuse via le cytochrome P450.

2. Pour la prise en charge antalgique d'un patient **sous buprénorphine**
 - Arrêt de la buprénorphine
 - 8 à 12h après l'arrêt (compte tenu de la forte fixation de la buprénorphine sur les récepteurs opioïdes), introduction de la morphine orale avec équilibration progressive par titration.

Pour rappel la buprénorphine est un agoniste/antagoniste des récepteurs aux opioïdes. Si un antalgique opioïde agoniste est donné avant la prise de buprénorphine, il y a un risque d'apparition de symptômes de sevrage.

NE PAS OUBLIER L'ANTIDOTE : LA NALOXONE

La naloxone est l'antidote, le traitement d'urgence contre le surdosage en opioïdes. C'est un antagoniste spécifique des récepteurs opioïdes avec une très forte affinité en particulier avec les récepteurs du cerveau. Sa durée d'action est entre 20 minutes à 2 heures.

Retenir la « triade du surdosage aux opioïdes » : myosis, inconscience et dépression respiratoire.

Lorsque nous prescrivons un antalgique opioïde, nous devons déjà repérer les patients à risque de surdosage :

- Patient douloureux insuffisamment soulagé
- Début de prise en charge, avec difficulté à évaluer la tolérance du patient
- ATCD récent de surdose, sortie d'hospitalisation récente
- Arrêt récent ou période de consommation plus faible : perte de tolérance aux opioïdes
- Patients sous TSO en particulier lors de l'initiation du traitement ou un mois après l'arrêt etc...

La liste est non exhaustive, vous pouvez consulter la fiche de recommandation de la HAS « De la prévention du trouble de l'usage et des surdoses à la prise en charge des surdoses d'opioïdes » sur le site de la HAS.

Face à un patient présentant un risque de surdose chez qui nous prescrivons un antalgique opioïde, il est recommandé (selon les recommandations de la HAS en mars 2022 et selon la feuille de route du Ministère de la santé de juillet 2019 « Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes ») de prescrire en même temps le kit de naloxone « prêt à l'emploi ». Il faudra expliquer au patient ainsi qu'à son entourage le repérage des signes de surdose, la conduite à tenir et l'utilisation du kit de naloxone.

Deux spécialités sont disponibles en France :

- Nyxoid 1,8mg, en solution pour pulvérisation nasale. Elle est indiquée à partir de 14 ans. C'est une spécialité à prescription médicale obligatoire.
- Prenoxad 0,91mg/mL en solution pour injection intramusculaire en seringue pré-remplie. La prescription médicale est facultative.

Elles sont disponibles en pharmacie d'officine. La délivrance est gratuite aux usagers à risque suivis dans les CSAPA, les CAARUD, les services hospitaliers (à la suite d'une hospitalisation en service d'addictologie ou des urgences), en milieu pénitentier.

CONCLUSION

Ce guide n'est pas exhaustif. J'ai choisi d'exposer les points qui me semblaient importants et essentiels à avoir en tête lors de l'initiation d'un opioïde ou de son renouvellement.

En tant que médecin généraliste et en première ligne dans les soins primaires, nous pouvons améliorer nos pratiques et participer à notre échelle à la prévention du trouble de l'usage des opioïdes.

La douleur chronique non cancéreuse est très complexe. La prise en charge doit être globale, en incluant les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques de la pathologie. Une prise en soins pluridisciplinaire est nécessaire.

Les antalgiques opioïdes ne sont pas des remèdes miracles. Ils peuvent certes soulager le patient, mais peuvent également être source d'effets indésirables conséquents aggravant l'état de santé du patient. Par ailleurs, il est essentiel de faire comprendre aux patients que la prise d'antalgique seul n'est pas suffisante pour soulager leur douleur chronique.

En conclusion, devant un tableau de douleur chronique non cancéreuse, quelques points importants sont à vérifier :

- La bonne indication pour prescrire un antalgique opioïde
- Les opioïdes ne doivent pas être prescrits seuls, mais plutôt en association à d'autres thérapeutiques médicamenteuses ou non
- Réévaluation régulière de la douleur
- Prise en charge globale de la douleur chronique
- Rechercher les facteurs de risque de trouble de l'usage des opioïdes
- Repérer les facteurs de risque de mésusage
- Expliquer aux patients les effets indésirables et complications à la suite d'une prise prolongée d'opioïdes

En complément de ce guide, vous trouverez une fiche mémo sous la forme d'un dépliant trois volets qui regroupe les principales informations.

POUR PLUS D'INFORMATIONS :

Voici les liens qui pourrait vous être utiles si vous vouliez approfondir certains sujets :

- <https://www.has-sante.fr/>
- <https://www.sfetd-douleur.org/>
- <http://www.ofma.fr/>
- <https://www.respadd.org/>
- <https://www.grandestaddictions.org/>
- <https://www.cirddalsace.fr/>
- drogues-info-service.fr
- <https://www.cnrdr.fr/>

ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'USAGE DES OPIOÏDES SELON DSM V.

Mode d'utilisation inadapté d'opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Les opioïdes sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;

2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'opioïdes ;

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opioïdes, utiliser des opioïdes ou récupérer de leurs effets ;

4. Craving ou une envie intense de consommer des opioïdes ;

5. Utilisation répétée d'opioïdes conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;

6. Utilisation d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opioïdes ;

7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation d'opioïdes ;

8. Utilisation répétée d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;

9. L'utilisation des opioïdes est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème

psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- a. besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'opioïdes ;

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. syndrome de sevrage aux opioïdes caractérisé
- b. les opioïdes (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : trouble de l'usage d'opioïdes léger

Présence de 4 à 5 critères : trouble de l'usage d'opioïdes modéré

Présence de 6 critères ou plus : trouble de l'usage d'opioïdes sévère

Référence: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

ANNEXE 2 : ORT- OUD : ECHELLE ORT REVISEE

Antécédents familiaux d'abus de substance		
Alcool	OUI	NON
Produits illicites	OUI	NON
Médicaments prescrits	OUI	NON
Antécédents personnels d'abus de substance		
Alcool	OUI	NON
Produits illicites	OUI	NON
Médicaments prescrits	OUI	NON
Âge entre 16 et 45 ans	OUI	NON
Pathologies psychiatriques		
Schizophrénie, bipolarité, trouble obsessionnel	OUI	NON
Dépression	OUI	NON

Oui = un point, Non = 0 point

Score ≤ 2 : risque faible

Score ≥ 3 : risque élevé

Référence : Cheatle MD, Compton PA, Dhingra L, Wasser TE, O'Brien CP. Development of the Revised Opioid Risk Tool to Predict Opioid Use Disorder in Patients with Chronic Nonmalignant Pain. J Pain. Juillet 2019

ANNEXE 3 : POMI - 5

Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) antidouleur en quantité PLUS importante c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) antidouleur plus SOUVENT que prescrit(s) sur votre ordonnance, c'est-à-dire de réduire le délai entre deux prises ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ce/ces médicament(s) antidouleur plus tôt que prévu ?	Oui	Non
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous preniez trop de ce/ces médicament(s)	Oui	Non
Avez-vous déjà eu la sensation de planer ou ressenti un effet stimulant après avoir pris ce/ces médicament(s) antidouleur ?	Oui	Non

Oui = 1 point, Non = 0 point

Si score ≥ 2 réponses OUI : il est recommandé d'explorer le mésusage d'opioïde potentiel

Référence: Delage N. and coll. Transcultural validation of a French-European version of the Prescription Opioid Misuse Index Scale. Journal canadien d'anesthésie. Février 2022