



Hospices Civils de Lyon



# La dépendance sous prescription

## La place de l'addictologue dans les addictions aux opiacés médicamenteux



Hôpital neurologique Pierre Wertheimer

Dr Philippe LACK  
Praticien Hospitalier  
CSAPA Hôpital Croix Rousse  
Lyon  
Philippe.lack@chu-lyon.fr

06/11/16



**Aux États-Unis, on devient  
héroïnomane après une prescription  
médicale**

30/05/2014



Original Investigation

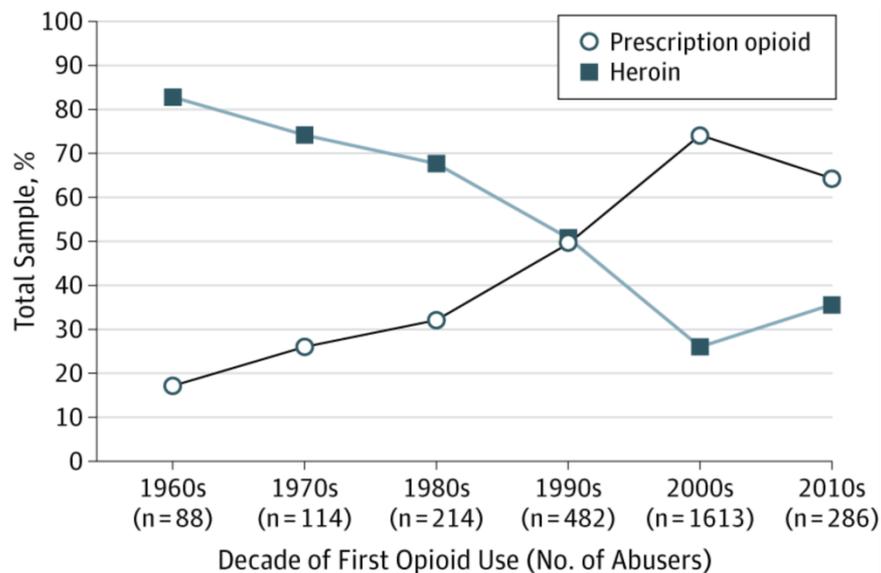
**The Changing Face of Heroin Use in the United States  
A Retrospective Analysis of the Past 50 Years**

Theodore J. Cicero, PhD; Matthew S. Ellis, MPE; Hilary L. Surratt, PhD; Steven P. Kurtz, PhD

- Modification de l' utilisation de l' héroïne depuis les 50 dernières années
  - Au USA
    - Dans les années 60, profil d' un primo usager (80% homme jeune, 16.5 ans, héroïne)
    - Aujourd' hui 23 ans, hommes et femmes peri urbains, traitements prescrits (75% / Oxycodone)

From: **The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years**

JAMA Psychiatry. 2014;():. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366



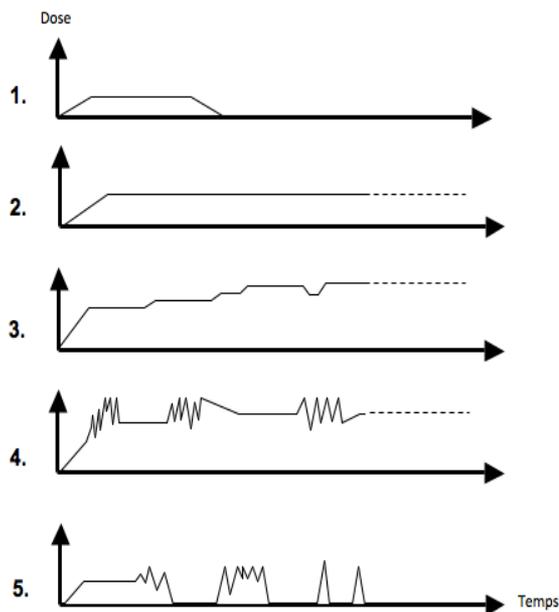
**Figure Legend:**

Percentage of the Total Heroin-Dependent Sample That Used Heroin or a Prescription Opioid as Their First Opioid of Abuse Data are plotted as a function of the decade in which respondents initiated their opioid abuse.

# Différences entre Dépendance aux Opiïdes de Prescription (DOP) et Mésusage aux Opiïdes de Prescription (MOP)

	DOP Dépendance (Pharmacologique)	MOP Mésusage « addiction »
<b>Caractéristiques cliniques</b>	Augmentation progressive des doses ( <b>Tolérance</b> ) avec <b>signes de sevrage</b> en cas d'arrêt ou de réduction trop brutal, et/ou nécessité d'augmenter les doses pour éviter les symptômes de sevrage	Comportements de prises itératives de fortes doses d'opioïdes à la recherche d'effets psychotropes autres que l'effet antalgiques (anxiolytique, hypnotique, stimulant), apaisement du craving
<b>Facteurs de risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doses trop importantes de prescription</li> <li>- Durées trop longues de prescription</li> <li>- Prescription « hors recommandation ou inadéquate »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents familiaux addictologiques</li> <li>- Antécédents personnels addictologiques</li> <li>- Antécédents personnels psychiatriques</li> <li>- Facteurs de risque sociodémographiques</li> <li>- Sur risque : ♂ &gt; 45ans, ♀ &lt; 45ans</li> </ul>
<b>Principales complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Majoration des douleurs : HIO « pseudo addiction »</li> <li>- Troubles du sommeil : dont les troubles respiratoires nocturnes</li> <li>- Majorations des troubles psychiatriques : troubles anxieux, dépressif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décès par surdosage</li> <li>- Majoration des douleurs</li> <li>- Majorations des troubles psychiatriques : troubles anxieux, dépressifs</li> <li>- Développement d'une dépendance (DMO)</li> </ul>

# Mésusage et dépendance pharmacologie aux médicaments psychoactifs



**Situation 1 : prescription appropriée avec suivi des recommandations du résumé des caractéristiques du produit (RCP)**

**Situation 2 : Dépendance induite par une prescription maintenue au long cours à doses stables, sans comportement de mésusage de la part du patient**

**Situation 3 : Dépendance induite par une prescription maintenue au long cours à doses progressivement croissantes (phénomène de tolérance), sans comportement de mésusage de la part du patient**

**Situation 4 : Dépendance avec comportement de mésusage de la part du patient, en particulier des prises régulièrement inappropriées d'opioïdes**

**Situation 5 : Comportement de mésusage sans dépendance pharmacologique**

# Dépendance et mésusage aux analgésiques opioïdes :



Une réalité  
silencieuse

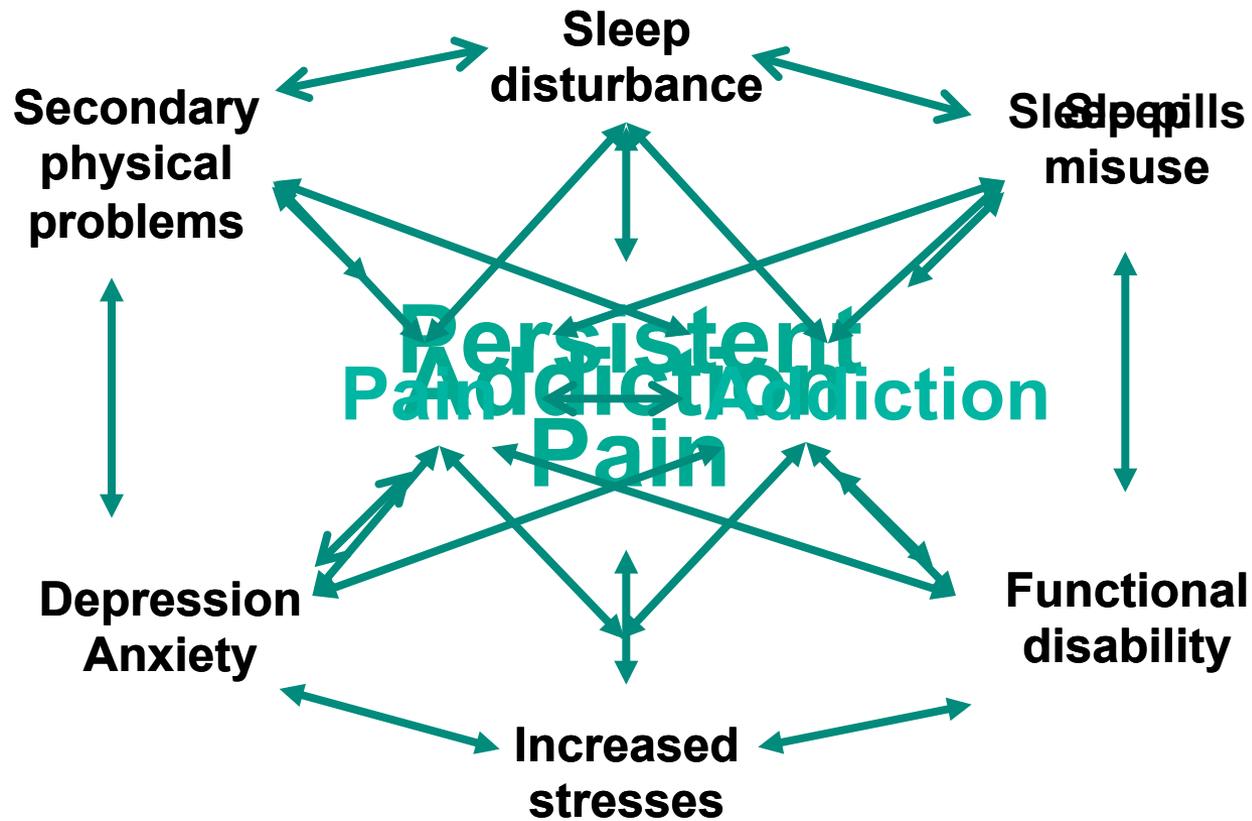
Beaucoup de sujets qui font un mésusage des antalgiques morphiniques :



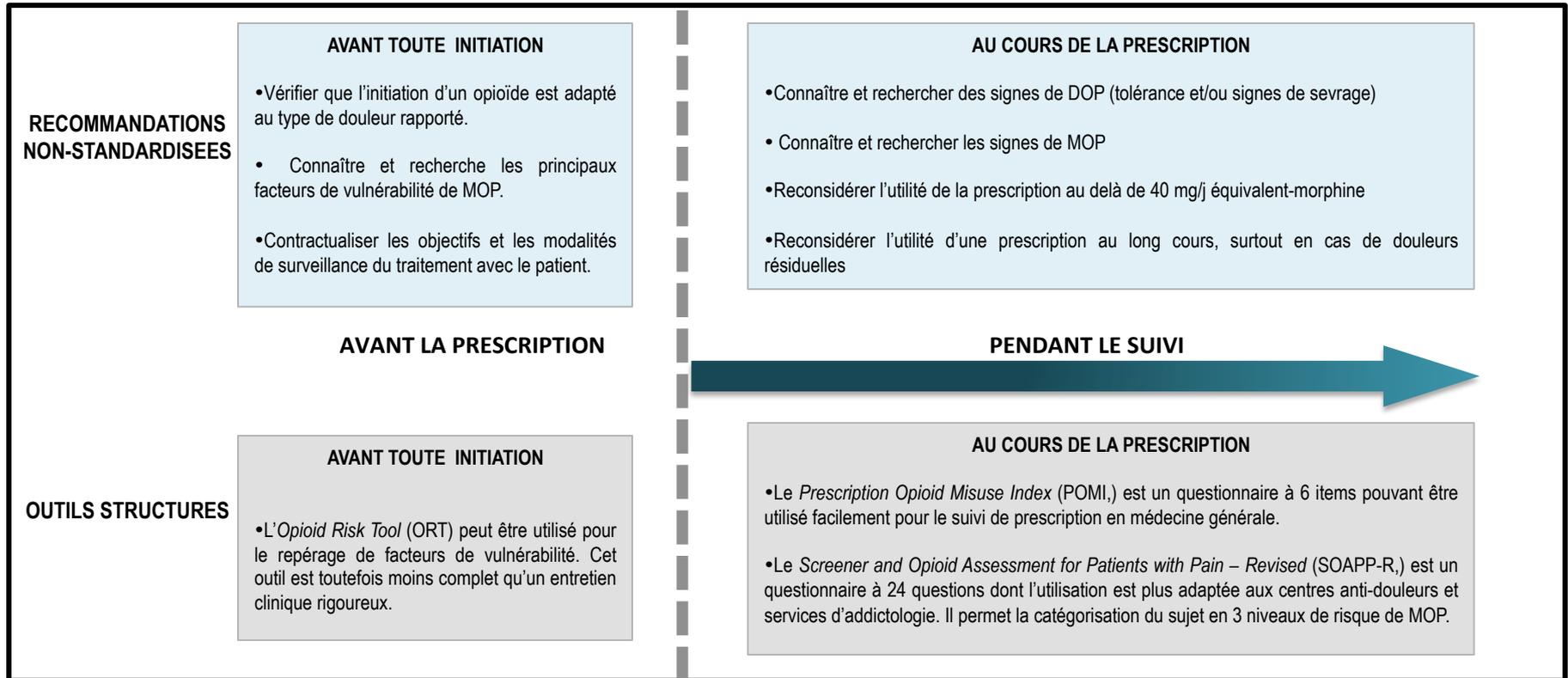
- non détectés par les prises en charges actuelles
- ne recherchent pas des soins addictologiques

Une population cachée

# Synergie entre douleur et addiction



# Recommandation pour l'évaluation initiale et de suivi de prescription d'opioïdes à visées antalgiques



# Un outil simple: l'ORT (opioid risk tool)

		Score si femme	Score si homme
Antécédents familiaux de troubles d'usage de substance(s)	Alcool	1	3
	Drogues illicites	2	3
	Médicaments prescrits	4	4
Antécédents personnels de troubles d'usage de substance(s)	Alcool	3	3
	Drogues illicites	4	4
	Médicaments prescrits	5	5
Age entre 16 et 45 ans		1	1
Antécédent d'abus sexuel dans l'enfance		3	-
Trouble psychique	TDAH, TOC, Trouble Bipolaire, ou Schizophrénie	2	2
	Dépression	1	1
<b>SCORE TOTAL</b>			

Catégorie de risque en fonction du score total :

0-3 = Risque Faible  
 4-7 = Risque Modéré  
 ≥ 8 = Risque Elevé

# Population problématique : Evaluation du mésusage « POMI »

*Questionnaire Prescription Opioid Misuse Index (POMI) : (Serra et call, 2012)*

*oAuto-questionnaire de dépistage d'un comportement de mésusage d'un antalgique opioïde*

	<b>Répondez le plus spontanément possible à ces 6 questions sur vos médicaments antalgiques</b>	
Vous arrive-t-il de prendre plus de médicaments (c'est-à-dire une dose plus importante) que ce qui vous est prescrit ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de prendre plus souvent vos médicaments (c'est-à-dire raccourcir le temps entre deux prises) que ce qui est prescrit ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de faire renouveler votre traitement contre la douleur plus tôt que prévu ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de vous sentir bien ou euphorique après avoir pris votre médicament antalgique ?	Oui	Non
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 ?	Oui	Non
Vous est-il arrivé de consulter plusieurs médecins y compris les services d'urgence pour obtenir vos médicaments antalgiques	Oui	Non
<b>Score total</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 score supérieur ou égal à 2 est considéré comme positif et objective une situation de mésusage.

# Version française non validée de l'échelle *Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain – Revised (SOAPP-R)*

les items illustrent les principaux facteurs de risques cliniques et anamnestiques de développer une dépendance iatrogène aux analgésiques morphiniques: symptômes dépressifs et autres antécédents psychiatriques, antécédents addictologiques, éléments de personnalité, perte de contrôle de la prise d'antalgiques. Un score de 9 ou moins reflète un faible risque de mésusage des traitements, un score compris entre 10 et 21 traduit un risque modéré, tandis qu'un score de 22 ou plus suggère un haut risque de mésusage.

	Jamais 0	Rarement 1	Parfois 2	Souvent 3	Très souvent 4
1. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur rapides?					
2. Vous arrive-t-il d'avoir besoin de doses plus fortes de traitement pour soulager votre douleur ?					
3. Vous arrive-t-il de ressentir un sentiment d'impatience avec vos médecins ?					
4. Vous arrive-t-il de ressentir la vie quotidienne comme écrasante et difficile à gérer ?					
5. Vous arrive-t-il d'avoir des tensions avec vos proches à la maison ?					
6. Vous arrive-t-il de compter vos cachets pour voir combien il vous en reste ?					
7. Vous arrive-t-il de ressentir une crainte qu'on vous juge parce que vous prenez un traitement contre la douleur ?					
8. Vous arrive-t-il de ressentir un sentiment d'ennui ?					
9. Vous arrive-t-il de prendre plus de traitements contre la douleur que ce qui était prévu ?					
10. Vous arrive-t-il de ressentir la crainte de vous retrouver seul ?					
11. Vous arrive-t-il de ressentir un besoin pressant de prendre vos traitements contre la douleur					
12. Vous a-t-on déjà fait des remarques sur l'usage que vous faites de vos traitements contre la douleur ?					
13. Certains de vos proches amis ont-ils un problème d'alcool ou de drogues ?					
14. Vous dit-on que vous êtes de mauvaise humeur ?					
15. Vous arrive-t-il de vous sentir envahi par le besoin de prendre des médicaments contre la douleur ?					
16. Vous arrive-t-il de vous retrouver à court de traitements contre la douleur ?					
17. Vous a-t-on empêché d'obtenir ce que vous méritiez ?					
18. Avez-vous déjà eu dans votre vie des problèmes judiciaires ou bien été arrêté par la police?					
19. Etes-vous déjà allé à des réunions de type Alcooliques ou Narcotiques Anonymes ?					
20. Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une dispute qui a tellement dérapé que quelqu'un a été blessé ?					
21. Avez-vous été victime d'abus sexuel ?					
22. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un problème d'alcool ou de drogue ?					
23. Vous arrive-t-il d'emprunter des traitements contre la douleur à votre famille ou vos amis ?					
24. Avez-vous été traité pour un problème d'alcool ou de drogue ?					

Place de l'addictologue dans ces situations de DOP et/ou MOP

Quelques orientations de prises en charge

# Prise en charge

## PLURIDISCIPLINAIRE

ALGOLOGUE / ADDICTOLOGUE / PSYCHIATRE

PEU DE RECOMMANDATION: Sud Africaine, Canadienne

APPROCHES EMPIRIQUES:

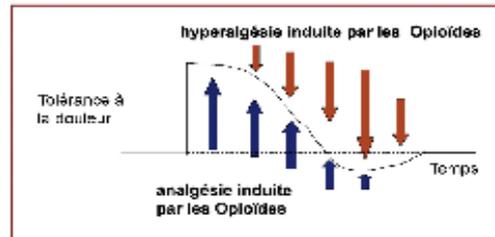
- Sevrage : progressif , brutal
- Thérapie opioïde structurée: contrat renforcé
- Médicaments de substitution aux opiacés

(Leo et coll, 2000; Ritvo et coll, 2007)

# Prises en charge complexes

- « objectiver » la douleur, ne jamais la nier : bilan somatique
- Répercussions psychiques: interaction avec la douleur
- Épuisement de l'effet antalgique des opiacés : Les opioïdes peuvent activer des systèmes inhibiteurs antinociceptifs et des systèmes activateurs pronociceptifs -> Hyperalgie induite par les opioïdes (hyperalgie, allodynie)

« *Pseudo addiction* »



- mésusage, une perte de contrôle ( addiction ) / une dépendance pharmacologique voir une pseudo addiction ( HIO) : mais souvent tout cela ensemble ...
- Existe t il des douleurs résiduelles ?
- Quelle est la place de l'auto soulagement?
  - Postulat pharmacologique: *le patient essaie les produits jusqu' à trouver l' idéal pour soulager sa souffrance*

# Situation de DOP isolée

- Cela ne constitue pas en soi un problème de nature addictologique
- S'assurer de l'absence de MOP :évaluation du mésusage « POMI »
- Réorientation vers une consultation antidouleur
- Sevrage en fonction des douleurs résiduelles : baisse pas trop rapide pour éviter un syndrome de sevrage pouvant se manifester par des douleurs
- Les hyperalgies induites par les opiacés: améliorée par la réduction progressive des opioïdes

# Situation de MOP isolée

- Des cas de prises itératives de forte doses opioïdes
- But différent de l'indication antalgique du traitement
- Identifier ce qui sous tend la recherche d'un effet renforçant, évaluer les causes et les facteurs de vulnérabilité en lien avec cette situation, évaluation en particulier de la visée auto thérapeutique de la prise d'opiacés dans les comorbidités psychiatriques.
- Possibilité théoriquement de l'arrêt de l'opiacé avec néanmoins le risque de perte de vue voire même d'achat au marché noir
- Afin de diminuer le craving le recours à la BHD ou Methadone peut être envisagé .

# Situation mixtes de MOP et DOP

- Cibler aussi bien le problème de perte de contrôle de l'usage d'opioïde que celui du risque de syndrome de sevrage
- Intérêt de coordonner la prise en charge addictologique et algologique

## MOP/DOP combinés

### ORIENTATION SYSTEMATIQUE VERS UNE DOUBLE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE ALGOLOGIE / ADDICTOLOGIE

#### PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS ADDICTIFS

- Si **antalgie par opioïde maintenue** : « contrat renforcé » voir alternance avec d'autres classes d'antalgiques opioïdes
- Si **antalgie par opioïde non maintenue** : tentative de sevrage progressif encadré ou substitution par TSO selon critères addictologiques

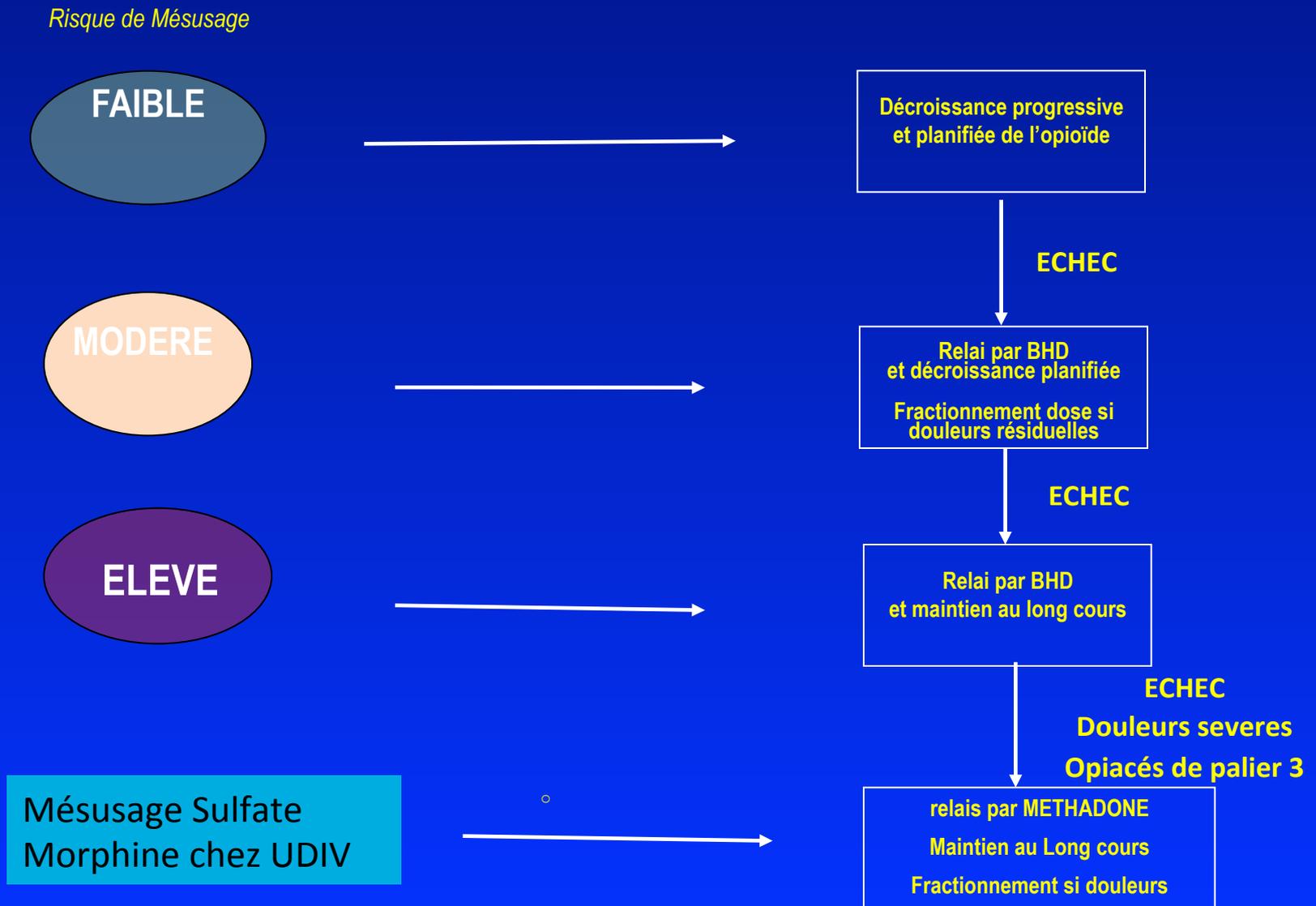
#### PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR RESIDUELLE

- Si douleur résiduelle, évaluer la **pertinence de continuer l'utilisation d'opioïdes**
- Considérer les **alternatives médicamenteuses** en fonction du type de douleur
- Considérer les **mesures non-médicamenteuses** susceptibles d'aider le patient, en fonction du type de douleur

#### PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES

- **Comorbidités addictologiques**
- **Comorbidités psychiatriques**: trouble anxieux, dépressif
- **Problématiques sociales** : articulation coordonnée avec service social

# Algorithme de prise en charge addictologique pour la prise en charge d'un mésusage aux analgésiques opioïdes et dépendance .



# Le transfert d'un analgésique opioïde vers la BHD

- Initié le traitement dès l'apparition des premiers signes de sevrage légers à modérés
- **Instauration du traitement (induction)**
  - l'initiation du traitement doit être supervisée
  - La dose initiale recommandée est de 1 à 2 Cps de Suboxone® 2 mg/0,5 mg. Une dose supplémentaire de 1 à 2 Cps de 2 mg/0,5 mg peut être administrée le premier jour en fonction des besoins individuels du patient
- **Adaptation posologique et dose d'entretien**
  - L'adaptation de la posologie se fait par paliers de 2 à 8 mg, en fonction de la réévaluation de l'état clinique et psychologique du patient et ne doit pas dépasser la posologie maximale de 24 mg par jour.
  - Possibilité de fractionnement des doses si douleurs résiduelles
- Prise en charge ambulatoire mais revoir le patient régulièrement pendant les premiers jours du traitement jusqu'à la stabilisation de la dose

# Les objectifs du traitement

International Journal of General Medicine

Dovepress  
open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

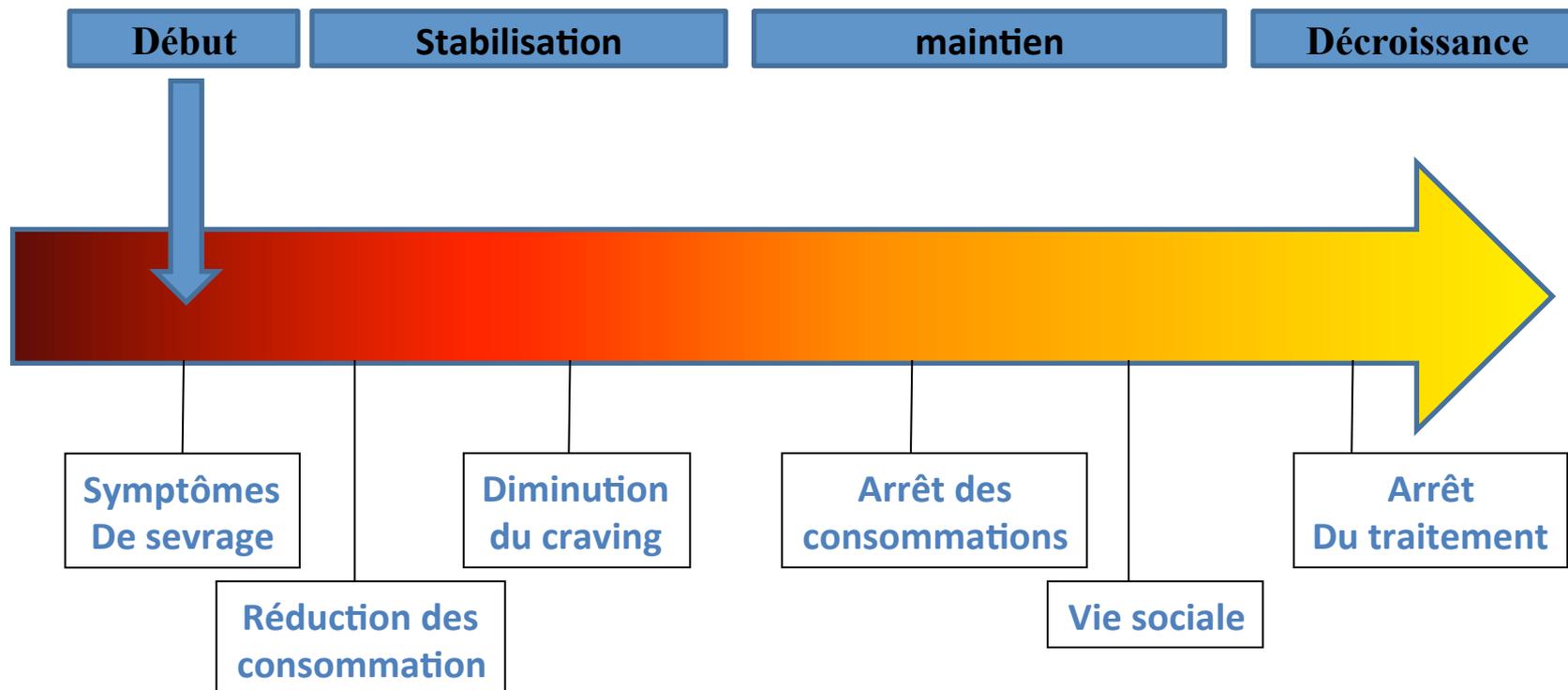
EXPERT OPINION

## Management of opioid addiction with buprenorphine: French history and current management

This article was published in the following Dove Press journal:  
International Journal of General Medicine  
3 March 2014  
[Number of times this article has been viewed](#)

Pierre Poloméni<sup>1</sup>  
Raymund Schwan<sup>2,3</sup>

**Abstract:** The way in which opioid addiction is managed in France is unique, as it is based on the prescription of buprenorphine by general practitioners and is dispensed by retail pharmacies. This policy has had a direct, positive impact on the number of deaths caused by heroin over-



# Le transfert d'un analgésique opioïde vers la méthadone

**Le traitement analgésique peut ne pas être pris tel que le médecin l'a prescrit, les patients peuvent utiliser plus ou moins la dose prescrite ou s'administrer leurs médicaments par une autre voie que celle recommandée.**

- Il est important de savoir que les équivalences de doses d'opioïdes publiées :
  - Sont rapportées à la base d'une utilisation à court terme, et non pour une utilisation prolongée
  - Décritent une équivalence analgésique pour une dose unique et non pour un dosage en 24h
  - Ont généralement été déterminées pour des doses d'opioïdes faibles (exp en comparant 20 ou 30 mg de morphine)
- Il existe des variabilités interindividuelles, de nombreux facteurs peuvent influencer cette conversion de dose, de ce fait l'avis d'un spécialiste peut s'avérer nécessaire
- Initiation et prescription Méthadone avec des modalités différentes que Methadone en substitution héroïne.
- Le transfert vers la méthadone requière un environnement plus encadré: Hospitalisation ?

## Analyse de 63 dossiers de patients DOP/MOP CSAPA 2014

<b>Opioides forts:Paliers 3 57%</b>	<b>Paliers 2 43%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sulfate de morphine ( Skenan®)</li> <li>-Oxycodone (Oxynorm®,OxycontinLP)</li> <li>-Fentanyl ( Durogesic®, Effentora®)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dihydrocodeine ( Dicodin®)</li> <li>-Phosphate de codeine (Migralgin®)</li> <li>-Paracetamol codeine ( Klipal®, Dafalgan codeine®)</li> <li>-Tramadol ( Coltramal® Tolpagic® Ixprim® )</li> <li>-Opium (Lamaline®)</li> </ul>
<b>Indications</b>	<b>Indications</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Séquelles tassements vertébraux</li> <li>Hernie discale</li> <li>Fibromyalgie</li> <li>Polynévrites sévères</li> <li>« <b>Traitement de substitution</b> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Myalgie</li> <li>Fibromyalgie</li> <li>Coxalgie, sciatalgie modérée</li> <li>Douleurs dentaires</li> <li>Migraines</li> <li>Douleurs inguinales</li> </ul>
<b>Effets recherchés</b>	<b>Effets recherchés</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Antalgie++</li> <li>Anxiolyse</li> <li>Effet «dynamisant »</li> <li><b>Heroine-like</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antalgie</li> <li>Anxiolyse</li> <li>Effet «dynamisant »</li> </ul>

# Modalités de prise en charge

	Opioides forts	Opioides faibles
TSO Méthadone	86%	14,8%
TSO BHD	2,8%	77,8%
Thérapie opioïde structurée	5,6%	0%
Sevrage	2,8%	0%
Perdu de vue	2,8%	7,4%%

Merci de votre attention

