

CHAPITRE

12

MÉSUSAGE, ADDICTION ET DÉPENDANCE (douleur et addiction)

Dr Bérengère Gelot

*Psychiatre-addictologue, CH Charles Perrens, Bordeaux ;
université de Bordeaux, Sampsy CNRS UMR 6033*

337

Pr Mélina Fatséas

*Psychiatre-addictologue, CHU de Bordeaux ;
université de Bordeaux, INCIA CNRS UMR 5287*

Pr Marc Auriacombe

*Psychiatre-addictologue, CHU de Bordeaux et CH Charles Perrens, Bordeaux ;
université de Bordeaux, Sanpsy CNRS UMR 6033*

“ Je ne veux pas de cette morphine.
On m’a dit que je ne pourrai plus
m’en séparer. ”

**Thifaine, 41 ans,
cancer de l’intestin grêle et carcinose péritonéale**

12.1. Douleur, addiction et mésusage des opiacés : une clarification nécessaire	p. 339
12.2. Addiction comme maladie : une perspective simplifiée et opérationnelle	p. 340
12.2.1. Définition de l'addiction comme maladie chronique de la régulation de l'usage : le trouble de l'usage	
12.2.2. Description clinique de l'addiction : place centrale du <i>craving</i> et secondaire du sevrage et de la tolérance	
12.2.3. Principe de la prise en charge thérapeutique des addictions : avant tout des thérapeutiques efficaces	
12.3. Définition du mésusage : un symptôme problématique, mais non spécifique dont le diagnostic sous-jacent doit être caractérisé	p. 344
12.4. Principes de prévention et de prise en charge du mésusage associé à la douleur chronique	p. 346
12.4.1. Prévention	
12.4.2. Prise en charge des situations de mésusage avérées	
12.5. Conclusion. Douleur, addiction et mésusage des opiacés : se coordonner entre spécialistes	p. 351

12.1. Douleur, addiction et mésusage des opiacés : une clarification nécessaire

Il existe beaucoup d'interactions entre douleur et addiction dont une partie est médiée par les opiacés. Cette classe pharmacologique a des effets multiples, dont un effet antalgique qui en justifie l'usage dans le traitement de la douleur et tout particulièrement dans le cancer. Mais il en existe d'autres qui peuvent en motiver l'usage en l'absence de douleur. L'un d'eux est un effet agréable, euphorisant, qui explique leur usage récréatif, mais aussi le risque de développer une addiction, c'est-à-dire une perte de contrôle de leur utilisation. Mais ils ont aussi d'autres effets pouvant avoir des conséquences non maîtrisées s'ils ne sont pas anticipés, y compris chez les personnes atteintes de cancer. Du fait des effets anxiolytiques, antidépresseurs, thymorégulateurs et antipsychotiques, une personne avec des symptômes anxieux et dépressifs, quelle qu'en soit l'origine, ou une personne avec un trouble psychiatrique avéré, ressentira un soulagement lors de la prise d'un opiacé, quelle que soit la motivation initiale de la prise. Ainsi, une personne atteinte d'un cancer avec des métastases douloureuses peut faire un usage apparemment inapproprié d'un opiacé à l'occasion de sa prescription légitime comme antalgique, car elle ressent un soulagement de ses symptômes anxieux et dépressifs secondaires à son adaptation à la nouvelle de son cancer en plus de l'effet antalgique. Comme pour toutes les substances agissant sur le système nerveux (les psychotropes), l'utilisation des opiacés induit des phénomènes d'adaptation/désadaptation pharmacologiques (tolérance et syndrome de

sevrage). Ceux-ci peuvent être plus symptomatiques que pour les autres psychotropes et en rendent ainsi l'usage plus délicat pour le prescripteur comme pour le patient. L'objectif de ce chapitre est d'apporter les éléments de clarification nécessaire sur ce qui caractérise l'addiction pour prévenir le détournement des opiacés antalgiques et les addictions induites, mais aussi les repérer et les prendre en charge de façon optimale lorsque ces complications surviennent. Il sera aussi l'occasion de remettre en question les idées reçues infondées qui sont nombreuses dans ce domaine et peuvent interférer avec l'utilisation adéquate des opiacés, au préjudice des patients (1). Ce sujet de la douleur, du mésusage des opiacés et de l'addiction est à l'interface d'au moins trois spécialités : médecine de la douleur (algologie), médecine des addictions (addictologie), médecine de la santé mentale (psychiatrie). Comme toujours lorsque plusieurs disciplines et spécialités interagissent, il y a des risques de malentendus. Plusieurs experts de ces spécialités se sont regroupés ces dernières années pour tenter des synthèses afin de clarifier et lever ces malentendus et ce chapitre en tient compte (2-7). Les termes "addiction" et "trouble de l'usage" seront utilisés comme des synonymes, correspondant à ce qui était désigné autrefois par la "dépendance psychologique", qui se distingue clairement de ses éventuelles conséquences toxicologiques, et aussi du phénomène adaptatif physiologique de la "dépendance physique" parfois aussi appelé "dépendance pharmacologique".

12.2. Addiction comme maladie : une perspective simplifiée et opérationnelle

■ 12.2.1. Définition de l'addiction comme maladie chronique de la régulation de l'usage : le trouble de l'usage

Le trouble de l'usage, tel qu'il est maintenant nommé dans le DSM 5 (8), est synonyme d'addiction et correspond au syndrome de dépendance de la CIM-10 (9). Maladie chronique appartenant au champ des troubles (maladies) psychiatriques, elle se caractérise par une dérégulation du système de contrôle de l'usage des substances qui donnent de l'agrément. Aujourd'hui, il est proposé d'y associer les comportements gratifiants, comme les jeux d'argent sur Internet, l'activité physique, mais aussi le comportement alimentaire. On parle ainsi d'addiction avec et sans substances, qui se caractérise fonctionnellement par la perte de contrôle de l'usage d'un objet de gratification (10). C'est un phénomène involontaire. Qu'il s'agisse de substances ou de comportement, il s'agit d'une seule et même maladie du comportement d'usage, devenu pathologique. Certaines manifestations cliniques vont être communes et centrales, elles sont l'expression directe de l'addiction (Fig. 1). En revanche, les conséquences de l'addiction sont très variées et liées aux propriétés toxiques des substances, à leur statut légal, de même pour les addictions sans substances où les conséquences de l'activité sont variées en fonction de l'activité (perte d'argent dans les jeux d'argent, excès ou perte de poids dans le comportement alimentaire, épuisement et blessures dans l'activité physique).

■ 12.2.2. Description clinique de l'addiction : place centrale du *craving* et secondaire du sevrage et de la tolérance

Parmi les symptômes du trouble de l'usage, on distingue des symptômes spécifiques, qui sont liés à la perte de contrôle en elle-même, des symptômes non spécifiques qui sont consécutifs à la fréquence et à la quantité d'usage, et peuvent survenir isolément, sans qu'il y ait addiction (Fig. 1). La perte de contrôle de l'usage a pour conséquences les tentatives répétées de la personne pour réduire ou suspendre son usage, ce qui se traduit en pratique par le phénomène de la rechute, c'est-à-dire des périodes de réduction ou de suspension de l'usage suivie de la reprise d'un usage qui aboutit involontairement aux mêmes conséquences négatives. Ce phénomène de la rechute est un signe clinique majeur et récurrent de l'addiction qui traduit sa durabilité (chronicité) : elle doit être considérée comme inévitable en l'absence de prise en charge thérapeutique spécifique. La récurrence des rechutes contribue à désespérer les patients et leur entourage. L'éducation thérapeutique du patient sur ce phénomène de la rechute sera un enjeu majeur pour la prévention du désespoir et la démotivation consécutive. Le phénomène qui sous-tend la perte de contrôle est un autre symptôme central et spécifique de l'addiction. Il s'agit du *craving* qui correspond classiquement à une envie irrésistible de consommer (11). C'est une plainte ancienne et très fréquemment rap-

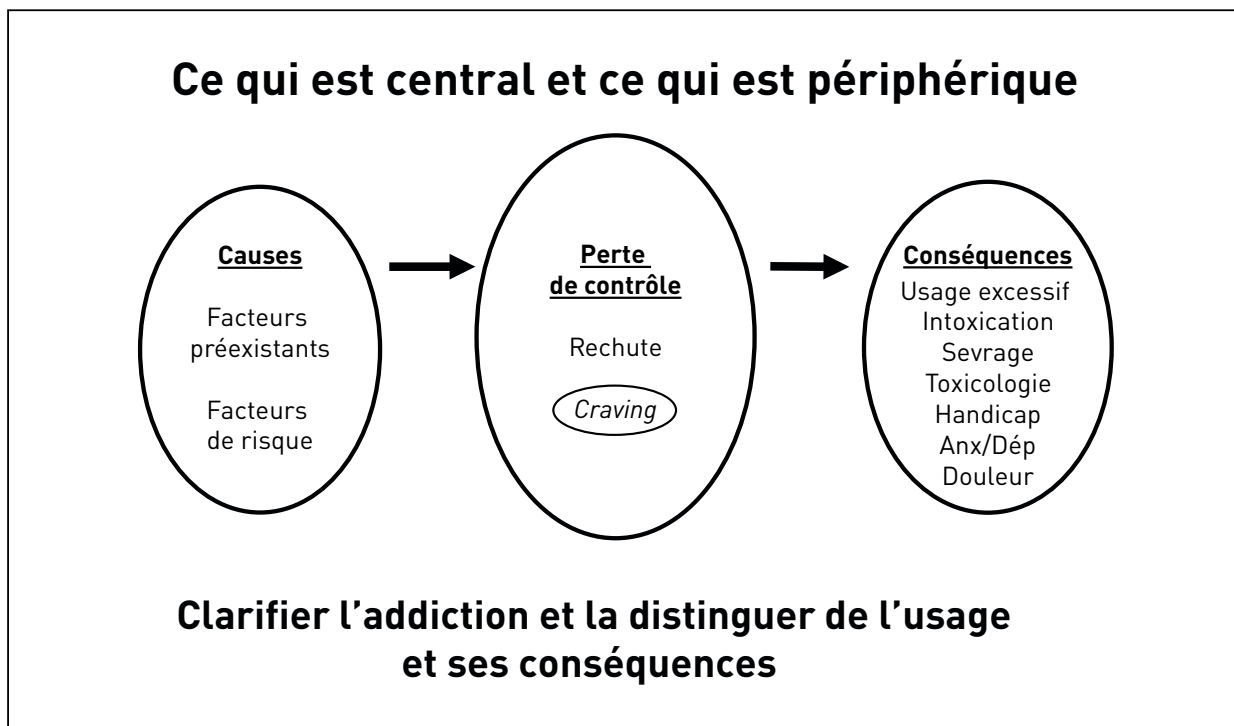


FIGURE 1 - Le repérage de l'addiction comme pathologie de l'usage est un enjeu majeur pour clarifier la cible des interventions thérapeutiques. Les facteurs de risque d'addiction et les conséquences de l'addiction doivent être distingués de l'addiction elle-même. Certains facteurs de risque des addictions peuvent être des facteurs de risque pour les troubles psychiatriques qui, non traités, sont un facteur de risque de mésusage d'antalgiques opiacés. Certaines conséquences de l'addiction peuvent engendrer de la douleur par des mécanismes multiples dont l'abaissement du seuil douloureux. Les progrès récents de la recherche sur la *craving* ouvrent des perspectives optimistes pour une meilleure utilisation des thérapeutiques existantes. Adapté et modifié de Auriacombe et al. 2018 (10).

portée dans toutes les addictions. Pendant longtemps cette plainte a été considérée comme une conséquence de l'usage. Depuis une dizaine d'années, la perspective a changé, et les données de la recherche mettent en évidence que le *craving* a une valeur pronostique et prédictive de l'usage addictif et de la rechute (12, 13). Le *craving* apparaît ainsi aujourd'hui comme l'expression centrale de l'addiction et c'est ce qui a motivé son introduction dans le DSM 5 (14). Plus qu'une envie irrésistible, le *craving* correspond à une expérience égodystonique. L'envie ressentie est perçue par la personne comme inadéquate, inappropriée, pas au bon moment. De plus, la

simple conscience de l'inadéquation de cette envie n'est pas suffisante pour l'atténuer ou la faire disparaître comme c'est le cas pour les envies normales. C'est là que le *craving* est bien un phénomène pathologique et pas uniquement une fausse impression du patient qui se trompe lui-même, ou cherche à tromper les autres. Le *craving* est un symptôme durable, qui va s'exprimer tout au long de la maladie addictive. Il est donc bien différent du syndrome de sevrage qui à une durée limitée de quelques jours à quelques semaines et dont les caractéristiques symptomatiques sont propres à chaque substance (15). Pour les comportements gratifiants aussi il est

décrit de la tolérance et des symptômes de sevrage. Ces symptômes de tolérance et de sevrage peuvent être observés sans qu'il y ait d'addiction, c'est-à-dire sans que le comportement d'usage de l'objet ne soit devenu pathologique. Il suffit de consommer une substance de façon régulière et en grande quantité pour observer ces symptômes qui sont des phénomènes d'adaptation physiologique. En effet, les mécanismes biologiques qui sous-tendent ces symptômes sont bien distincts de ceux qui sont liés à l'addiction. Dans le cadre d'une prescription d'opiacés antalgiques, ces phénomènes de tolérance et de sevrage sont très habituels. Il sera important d'en informer les patients qui pourraient interpréter à tort ces symptômes comme une addiction.

Une caractéristique du *craving* qui est déroutante pour les patients (et un challenge pour la recherche) est que son expression est très variable d'un moment à l'autre (11). Il varie dans une temporalité infradienne (d'une semaine ou d'un mois à l'autre), mais surtout dans une temporalité circadienne (d'une heure à l'autre). Les manifestations du *craving* sont influencées par des stimuli divers, généraux, liés aux substances et individuels, ou à l'histoire personnelle de l'usager. Son intensité et son expression sont variables selon les individus et aussi chez un même individu. Certaines personnes pourront décrire une irritabilité ou une tension interne, qui se traduisent par des plaintes anxieuses ou dépressives. D'autres vont décrire la sensation « *qu'il manque quelque chose* ». D'autres encore pourront décrire clairement cette expérience d'avoir « *à la fois envie et pas envie* » de l'objet d'addiction. Le phénomène de *craving* permet d'expliquer

les phénomènes de compensation observés lors de l'arrêt des substances. Un exemple très courant est la prise de poids après l'arrêt du tabac : ceci correspond en réalité à la gestion inappropriée du *craving* au tabac par la prise d'aliments, en général des aliments dits palatables tels que les sucres. On le voit aussi entre addictions avec et sans substance. Si le *craving* est l'élément moteur de la rechute, l'hypothèse actuelle est qu'en centrant nos actions thérapeutiques sur ce phénomène, il sera alors possible d'agir sur le cours de la maladie. C'est la raison pour laquelle il constitue aujourd'hui la cible privilégiée des prises en charge.

■ 12.2.3. Principe de la prise en charge thérapeutique des addictions : avant tout des thérapeutiques efficaces

Comme pour les autres maladies chroniques, l'objectif de la prise en charge thérapeutique d'une addiction est d'obtenir une rémission de qualité la meilleure, mais plus important encore, la plus stable possible afin que le patient puisse s'adapter à ce nouvel état. Pour cela, nous disposons de moyens thérapeutiques (psychothérapie, pharmacothérapie et éducation thérapeutique) très efficaces, mais qui vont nécessiter une utilisation durable (16). Si en début de thérapeutique le rôle des thérapeutes (médecins et paramédicaux, psychologues, éducateurs) est majeur, l'enjeu à long terme est de permettre au patient lui-même de prendre la direction des soins. Cette transition est délicate. Elle ne doit pas être trop précoce, et motif d'abandon thérapeutique, ni trop tardive et aboutissant à des arrêts thérapeutiques secondaires.

L'objectif principal de la prise en charge d'une addiction n'est pas le "sevrage", que ce soit au sens de l'obtention de l'arrêt de l'usage ou au sens du traitement des manifestations du syndrome de sevrage, mais d'agir sur le phénomène caractéristique de l'addiction : la rechute (17). Classiquement, on parle de prévention de la rechute, comme on peut présenter le traitement de la maladie asthmatique comme la prévention de la crise d'asthme, ou le traitement du trouble bipolaire de l'humeur comme la prévention des épisodes dépressifs et maniaques récurrents. En pratique, il s'agit de réduire la fréquence des rechutes et ou l'intensité de la rechute lorsqu'elle survient. Le cumul des périodes d'abstinence ou de réduction de l'usage permet à long terme de réduire les conséquences négatives de l'usage et donc de gagner en termes de qualité de vie et de réduction des dommages. Cela suppose donc une prise en charge de durée équivalente à celle de la maladie, soit d'au moins plusieurs années. Pour prévenir la rechute, la prise en charge doit se centrer sur le symptôme moteur et pronostique de celle-ci, c'est-à-dire sur le *craving*. À l'heure actuelle, si nous ne pouvons pas supprimer totalement ce symptôme, nous pouvons agir sur celui-ci en nous appuyant sur une combinaison d'outils thérapeutiques qui vont permettre de le réduire en intensité et en fréquence. Le préalable est un temps d'éducation du patient autour de la maladie et de ses symptômes, pour en améliorer le repérage et favoriser l'alliance thérapeutique. Le travail psychothérapeutique se poursuit ensuite avec l'élaboration de stratégies de gestion du *craving*. Pour certaines addic-

tions, des médicaments anti-*craving* sont aussi disponibles (18, 19). Ils augmentent considérablement l'efficacité générale de la prise en charge et l'autonomisation du patient en renforçant l'*empowerment*. Ce sont la buprénorphine et la méthadone pour l'addiction aux opiacés, l'acamprostate, la naltrexone, le nalméfène et le baclofène pour l'addiction à l'alcool, et enfin les patchs de nicotine, la varénicline et le bupropion pour l'addiction au tabac.

Il est bien sûr nécessaire d'agir sur les conséquences de la maladie addictive. Ces conséquences sont très variées en fonction des personnes et des objets d'addiction. Par exemple, aider un patient à trouver un logement stable et éloigné de co-consommateurs. Il sera également nécessaire de restaurer l'estime de soi, de retrouver de nouvelles sources de plaisir, plus variées, parfois de retrouver ou prendre une autonomie dans les actes de la vie quotidienne pour favoriser la mise en place de nouvelles habitudes de vie. C'est pour cela que le travail socio-éducatif tient une place importante à côté de la prise en charge médicale dans le cadre des addictions. Cependant, si ce travail sur les conséquences de l'addiction est important, il ne doit surtout pas être la cible exclusive de la prise en charge. Si c'était le cas, le cours de la maladie ne pourrait être modifié, les rechutes resteraient aussi fréquentes et donc pourvoyeuses de dommages en constante accumulation, et les professionnels ne cesseraient alors de continuer à gérer les conséquences toujours plus nombreuses de l'usage sans prendre le temps d'intervenir sur la causalité immédiate de l'addiction : le *craving*. C'est ce qui arrive lorsque cette maladie évolue sans

prise en charge ciblée. C'était fréquemment le cas autrefois. C'est pour ces raisons qu'il est important de ne pas focaliser la prise en charge sur l'accompagnement à l'arrêt des opiacés (le classique accompagnement au sevrage) qui n'est qu'une conséquence de l'addiction, mais plutôt sur la non reprise (prévention de la rechute). Ainsi, pour être efficace dans la prise en

charge thérapeutique d'une addiction, il est nécessaire de se décentrer des produits et des conséquences de leur usage pour se concentrer sur le phénomène moteur de l'addiction, qui est le même, quelle que soit la substance ou le comportement, c'est-à-dire la rechute et le *craving*. Cette approche a révolutionné la thérapeutique des addictions et son efficacité (20).

12.3. Définition du mésusage : un symptôme problématique, mais non spécifique dont le diagnostic sous-jacent doit être caractérisé

Il y a parfois de la confusion autour du terme de mésusage (*misuse* en anglais) et il a pu être confondu avec le trouble de l'usage (*use disorder* en anglais) en cas de traduction précipitée (14, 21). Le mésusage désigne simplement une utilisation inappropriée (une mauvaise utilisation) d'un objet, quels que soient l'objet et la nature de la mauvaise utilisation. Le mésusage est un symptôme et non un diagnostic. Il peut être l'expression de plusieurs pathologies psychiatriques, dont l'addiction, mais peut exister sans qu'il y ait d'addiction. Si un mésusage pose par définition un problème en soi, il peut ne pas être la conséquence d'une pathologie, mais la conséquence de mauvaises informations, de croyances fausses ou même de mauvaises intentions. Il est légitime de rechercher une addiction, en cas de mésusage, mais il convient aussi de rechercher d'autres causes, exclusives ou associées à l'addiction (Fig. 2). Dans le domaine de la douleur en particulier, si la pro-

blématique douloureuse légitime est insuffisamment soulagée cela peut mener à des comportements dits de "pseudo-addiction" (22). Dans la "pseudo-addiction", le patient cherche par tous les moyens à être soulagé de sa douleur et cette démarche de recherche peut être interprétée comme un comportement addictif. Le simple ajustement thérapeutique résout ce type de mésusage. Plusieurs situations peuvent contribuer à l'inefficacité antalgique. Cela peut être la simple conséquence d'un phénomène de tolérance et, dans ce cas, l'indication d'une augmentation de posologie peut être envisagée. Une erreur de diagnostic étiologique est aussi toujours possible. Le traitement antalgique de fond peut ne pas être optimal, ni adapté au type de douleur. Par exemple, les antalgiques opiacés ne sont pas efficaces sur la douleur d'origine périphérique. Dans le cadre des douleurs chroniques, il est également observé des situations d'algésies induites par les opia-

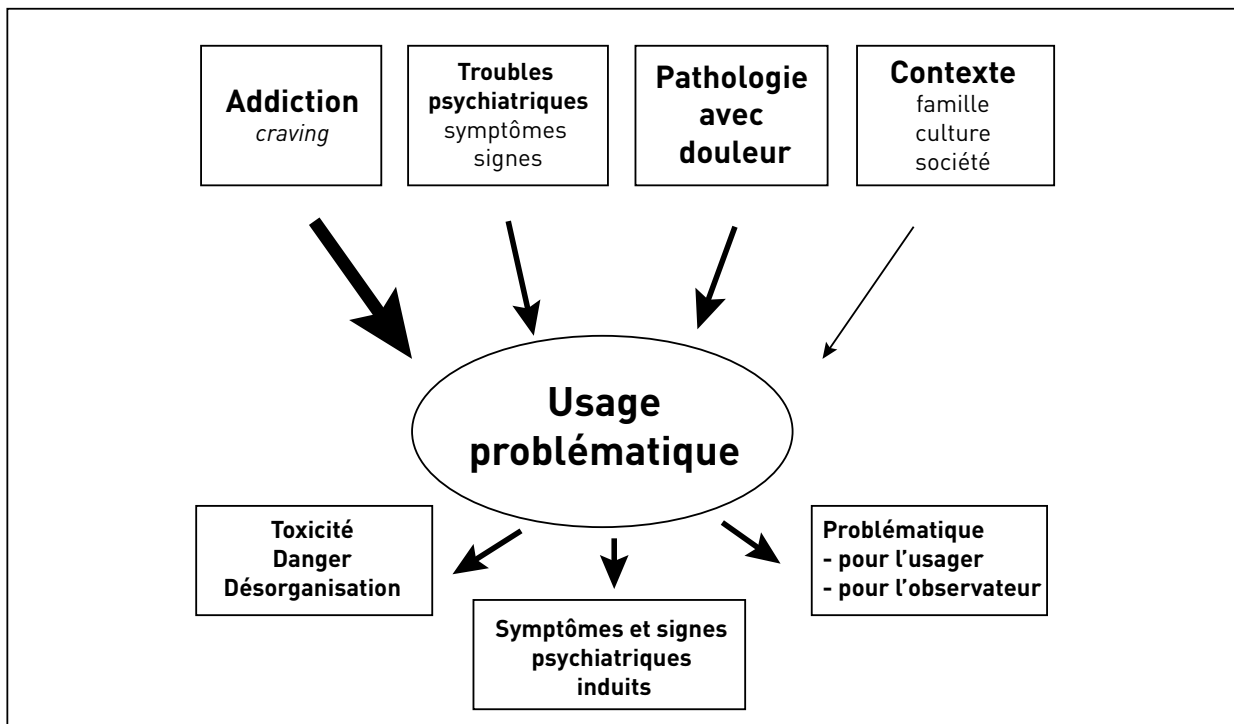


FIGURE 2 - Le mésusage désigne une utilisation inappropriée (une mauvaise utilisation) d'un objet, quels que soient l'objet et la nature de la mauvaise utilisation. Le mésusage est un symptôme et non un diagnostic. Il peut être l'expression pathologies psychiatriques, dont l'addiction, mais peut exister sans qu'il y ait d'addiction. Si un mésusage pose par définition un problème en soi, il peut ne pas être la conséquence d'une pathologie, mais celle de mauvaises informations, de croyances fausses, ou d'un contexte social et culturel. Adapté et modifié de Auriacombe et al 2018 (10).

cés. Cela se manifeste par une aggravation globale de la douleur alors qu'on augmente la posologie des morphiniques. Dans les situations que nous venons de décrire, les patients ne cessent de demander une augmentation de posologie de leur opiacé, mais uniquement du fait de la douleur. D'autres pathologies peuvent mener au mésusage des antalgiques opiacés, pas du fait de la douleur, mais d'autres symptômes différents de ceux de l'addiction (5, 6). Ce sont les troubles psychiatriques primaires et/ou secondaires à la douleur. Certains patients douloureux chroniques ont des comorbidités psychiatriques qui étaient déjà présentes avant la problématique douloureuse (troubles psychiatriques primaires). D'autres peuvent développer

des symptômes psychiatriques secondairement à une douleur qui dure et résiste aux stratégies thérapeutiques successives. Dans ces deux situations, ces symptômes psychiatriques peuvent être atténués par l'usage des traitements morphiniques qui, au-delà de leur effet antalgique, ont également des effets psychotropes. Ces patients peuvent ainsi, dans ce contexte, multiplier l'usage des antalgiques dans le but d'atténuer ces symptômes, de façon plus ou moins consciente. Cela peut prendre la forme d'un mésusage, le patient ne prend plus le traitement antalgique pour la douleur, mais pour gérer les symptômes psychiatriques, donnant ainsi l'impression de prendre ou de réclamer l'antalgique sans lien avec la pathologie douloureuse.

Un mésusage des opiacés antalgiques peut aussi survenir à l'occasion d'une prise légitime pour une douleur aiguë à la suite d'un accident ou en post-chirurgie. À cette occasion, le patient peut expérimenter la découverte fortuite des effets agréables des opiacés. Il s'agit d'un effet de bien-être, indépendamment de l'effet antalgique auquel certains individus peuvent être sensibles, mais pas d'autres. L'individu sensible à cet effet peut alors être amené à multiplier

l'usage de l'antalgique opiacé indépendamment de la douleur ressentie, c'est-à-dire en dehors du contexte initial, dans le seul but d'obtenir ces effets agréables. C'est là un facteur de risque d'addiction. En effet, en s'exposant régulièrement à la prise d'un morphinique pour ses effets agréables, l'individu peut développer secondairement un trouble de l'usage. Le repérage de cet effet devrait être systématique chez toute personne recevant une prescription d'opiacé.

12.4. Principes de prévention et de prise en charge du mésusage associé à la douleur chronique

■ 12.4.1. Prévention

346

► 12.4.1.1. Avant la prescription d'antalgiques opiacés (douleur chronique ou aiguë)

ÉDUCUER en informant les patients et leur entourage proche de l'objectif du traitement par antalgiques, de la cible thérapeutique (la douleur) et de la possibilité d'observer des effets collatéraux des opiacés (effet gratifiant ou anxiolytique par exemple) dont il sera utile de parler avec les professionnels de santé s'ils surviennent. Informer également les patients de la survenue de symptômes de type syndrome de sevrage et tolérance en cas de prise régulière d'opiacés, bien expliciter qu'il s'agit d'un phénomène attendu, que nous savons accompagner et qu'il ne s'agit pas de symptômes d'addiction. Les inviter à évoquer leurs représentations concernant les opiacés peut-être utile pour faci-

ter le dialogue avec les soignants et rendre plus aisé le repérage et l'évaluation du mésusage par la suite.

REPÉRER les facteurs individuels de vulnérabilité d'un mésusage car on peut en tenir compte pour adapter la prise en charge (5, 24, 25). Ces facteurs de risques ne sont pas des contre-indications à l'utilisation d'antalgiques opiacés (4, 26).

- Recherche des antécédents familiaux et personnels d'addictions avec ou sans substance.
- Recherche des antécédents familiaux et personnels de troubles psychiatriques, notamment troubles de l'humeur et troubles anxieux.
- En cas de trouble psychiatrique connu et pris en charge, on s'assure de la qualité et de la stabilité de la rémission du trouble psychiatrique. L'absence de traitement ou un traitement insuffisant du trouble psychiatrique est un facteur de risque de mésusage.

- Recherche des antécédents de prise d'opiacés et de la sensibilité de la personne à l'effet euphorisant des opiacés. Si c'est le cas, il y a un risque de mésusage. Souvent, la simple information du patient sur ses vulnérabilités au mésusage a un effet préventif. Les patients peuvent avoir des difficultés pour parler de leurs consommations, de crainte d'un jugement de la part du prescripteur, notamment vis-à-vis du caractère illégal de certaines consommations, ou de crainte d'un refus de prescription. Face à cette difficulté, la pratique d'un dosage urinaire systématique lors de toute première consultation peut être un bon outil de dépistage.

ADAPTER LA PRESCRIPTION en cas d'antécédents de mésusages des opiacés ou des facteurs de risque important :

- limiter la disponibilité des opiacés : délivrance hebdomadaire, voire pluri-hebdomadaire, du traitement en pharmacie ou par une infirmière à domicile ;
- choix de la molécule : être attentif à la voie d'administration, limiter les morphiniques d'action immédiate, potentiellement plus addictogènes du fait de leur rapidité d'action et de l'intensité de l'effet. Privilégier les formes d'action prolongée ou à effet retard même en cas de douleurs paroxystiques.

Préalablement à la prescription, il est conseillé de se mettre en relation avec le médecin traitant et tout professionnel de premier recours pour le patient (infirmières, pharmaciens, en particulier), qui sont en première ligne dans la gestion de la douleur, afin de partager avec eux les informations données au patient et de se coordonner pour le suivi et la prise en charge.

> 12.4.1.2. Pendant la prescription d'antalgique (douleur chronique)

INTERROGER régulièrement le patient directement sur les effets ressentis : outre le soulagement de la douleur, ressent-il un effet agréable, euphorisant ? Ou un effet apaisant de type anxiolytique, anti-dépresseur ?

La tenue d'un agenda de la douleur et des prises de traitements, peut être utile pour poursuivre l'éducation thérapeutique en s'appuyant sur l'expérience propre du patient, repérer le mésusage, apprécier plus précisément aussi l'effet du traitement morphinique sur la symptomatologie douloureuse et ajuster le traitement au plus près de la douleur telle qu'elle est vécue au quotidien, et non telle qu'elle est rapportée au moment du rendez-vous médical.

REPÉRER LE MESUSAGE. Certaines situations doivent particulièrement alerter et faire explorer les modalités de prises du traitement :

- demande d'augmentation de posologie ne paraissant pas en adéquation avec le niveau de douleur ou la cause physiopathologique sous-jacente ;
- horaires de prises anarchiques ou ne correspondant pas à ce qui est prescrit ;
- modification de la voie d'administration (pour modifier l'effet du traitement) ;
- chevauchements d'ordonnances répétés ;
- recours à plusieurs prescripteurs et plusieurs pharmacies.

■ 12.4.2 Prise en charge des situations de mésusage avérées

> 12.4.2.1 Explorer l'origine du mésusage

ÉVALUATION et ANAMNÈSE de trois grands domaines : la douleur et la maladie sous-jacente, la recherche d'une comorbidité psychiatrique, la recherche d'une comorbidité addictologique. En effet, il est primordial de prendre le temps d'en rechercher l'étiologie pour adapter au mieux la prise en charge.

- **Explorer l'évolution de la douleur** et son impact fonctionnel en parallèle de l'évolution des traitements. Ce travail permettra de mettre en évidence un phénomène de tolérance, une symptomatologie évocatrice d'hyperalgésie induite par les opioïdes, il permettra aussi d'évaluer au regard de l'historique des traitements, si celui-ci peut être optimisé.

- **Évaluer l'évolution et l'intensité de la douleur dans la vie quotidienne**, éventuellement par la tenue d'un agenda de la douleur, peut permettre d'évaluer l'adéquation du traitement antalgique à l'évolution de la douleur sur la journée, ou de mettre en évidence des phénomènes de micro-sevrage liés au traitement. D'autre part, la tenue de l'agenda de la douleur peut servir à monitorer la prise du traitement antalgique et ainsi d'évaluer la motivation à l'usage, ce qui pourra orienter le diagnostic étiologique du mésusage. Selon le ou les effets recherchés dans la prise du morphinique (antalgie, atténuation de symptômes psychiatriques, recherche d'effet euphorisant ou défoncé), une évaluation plus approfondie sera nécessaire dans le domaine concerné.

- **Évaluation psychiatrique** et lien éventuel avec l'évolution des traitements mé-

dicamenteux (exemple : concomitance d'une majoration significative des posologies de morphiniques parallèlement à l'émergence d'un tableau dépressif).

- **Évaluation addictologique** : c'est-à-dire évaluation des consommations passées et actuelles et de la modalité d'usage pour chacune d'entre elles. Il n'est pas rare de retrouver des phénomènes de compensation avec les morphiniques (par exemple, à l'occasion de l'arrêt d'une consommation, un individu peut majorer ses prises de morphiniques dans le but d'apaiser du *craving* pour la consommation initiale). Rechercher d'éventuels antécédents de prise en charge peut être utile pour obtenir des éléments d'anamnèse plus précis auprès des professionnels qui ont déjà suivi le patient.

En pratique, l'évaluation diagnostique du mésusage peut parfois être compliquée par différents paramètres :

- il n'est pas toujours aisé de distinguer la ou les motivations à la prise des opiacés (douleur, effet gratifiant ou effet psychotrope), car plusieurs motivations peuvent être présentes simultanément ou non au moment des prises médicamenteuses ;

- les patients peuvent avoir une conscience limitée de leur motivation à l'usage ou du mésusage lui-même ;

- les patients et/ou leur entourage (dont l'entourage médical ou paramédical) peuvent avoir des croyances erronées au sujet des addictions aux antalgiques qui vont biaiser leurs réponses lors de l'évaluation diagnostique. À ces croyances, peuvent être associées une forte appréhension du syndrome de sevrage, ou la peur de l'addiction, ce qui peut engendrer des réactions diverses et notamment de la répulsion dès

que l'on aborde la question du mésusage, ou l'idée de rencontrer un addictologue. À l'inverse, d'autres patients peuvent penser à tort qu'ils souffrent d'une addiction devant des manifestations de syndrome de sevrage et de tolérance et la façon dont nous posons nos questions peut suggérer certaines réponses dans ce contexte, ce qui peut amener à poser un mauvais diagnostic. Ainsi, la recherche d'une addiction dans un contexte de mésusage peut demander un temps de reprise de l'éducation thérapeutique, d'auto-observation, et de mise en confiance du patient pour faciliter l'évaluation diagnostique. Dans ce contexte, en tant que non spécialiste des addictions, il apparaît important de ne pas sauter les étapes et de rester focalisé sur la recherche de la ou des causes du mésusage avant de parler de diagnostic et encore moins de prise en charge (notamment de sevrage, c'est-à-dire de suspension de l'usage) avec un patient. Au terme de cette évaluation, il convient d'être en mesure d'émettre une ou plusieurs hypothèses pour expliquer le mésusage, les problématiques pouvant se combiner et être intriquées. On peut faire l'hypothèse que ces pathologies puissent être intriquées au point de devenir des formes de pathologies duelles comme on peut l'observer dans les champs de l'addictologie et de la psychiatrie. Quels que soient le ou les moteurs du mésusage, le fait d'en explorer précisément la ou les étiologies permettra de dégager des orientations de prise en charge au cas par cas.

> 12.4.2.2 Prendre en charge spécifiquement

La prise en charge doit se focaliser sur la

maladie et/ou les symptômes à l'origine du mésusage (Fig. 3). La prise en charge correspondra donc au traitement spécifique de la ou des maladies en cause. Dans le cadre d'un trouble psychiatrique, on oriente vers un psychiatre et un traitement spécifique. Dans le cadre d'une addiction, on le rappelle, l'objectif thérapeutique n'est pas le sevrage, c'est-à-dire la suspension de l'usage, mais la prévention de la rechute. On oriente vers une équipe d'addictologie et un traitement addictolytique, c'est-à-dire centré sur le *craving*, est indiqué. S'il s'agit d'une addiction aux opiacés, un traitement addictolytique par buprénorphine ou méthadone est indiqué, le plus souvent dans un cadre accompagné pour la prise. Dans le cadre d'une douleur résiduelle, plusieurs options doivent être discutées en collaboration avec les différents référents médicaux du patient.

- L'augmentation de posologie du traitement peut être indiquée si nous observons des bénéfices tant du point de vue de la douleur que de la qualité de vie plus globalement. Dans le cadre d'une prescription de morphiniques, il est important de privilégier ceux à libération prolongée qui, du fait de leur mécanisme d'action, sont moins addictogènes et induisent moins de phénomènes de microsevrage.
 - Associer ou changer pour des traitements alternatifs, en particulier non médicamenteux.
 - Réévaluer le traitement de fond pour certaines étiologies pour lesquelles il existe des traitements spécifiques. L'orientation vers des médecins d'autres spécialités peut être indiquée dans ce cas.
- Lorsque plusieurs étiologies expliquent le

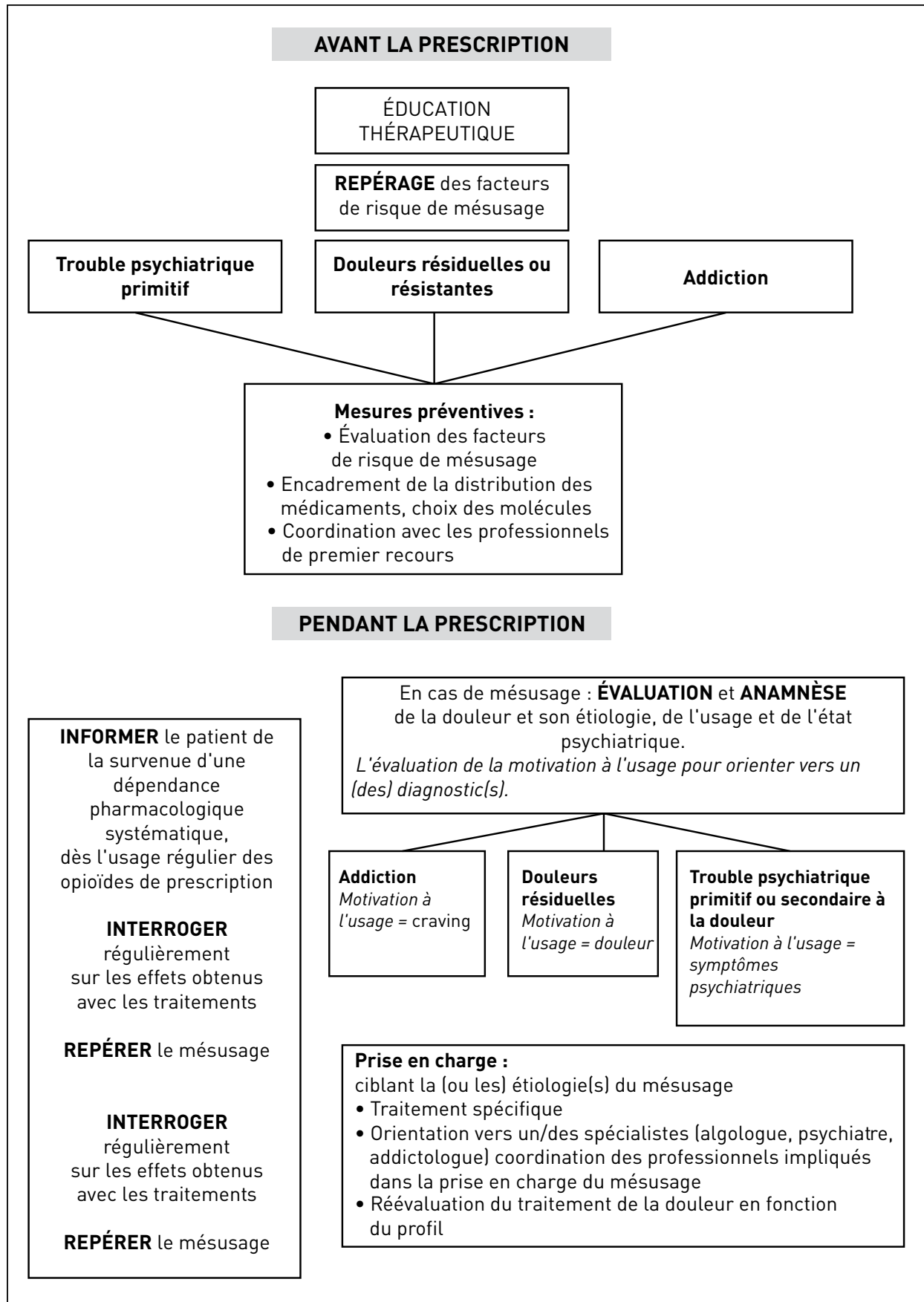


FIGURE 3 - Schéma récapitulatif des actions de prévention du mésusage et de sa prise en charge. Adapté de Gelot et al 2018 (5).

mésusage, et d'autant plus si elles sont intriquées, il convient de proposer des prises en charge intégrées, c'est à dire qui vont cibler spécifiquement et simultanément chaque étiologie. Cela suppose donc une bonne coordination entre spécialistes. Dans ce type de contexte, les psychiatres des centres d'évaluation de la douleur tiennent une place importante. Il peut être également utile de faire appel à des spécialistes qui ont des compétences dans différents domaines, par exemple des psychiatres addictologues. La question de l'arrêt du morphinique se pose si le traitement en cours n'est pas indiqué, ou bien s'il présente plus d'inconvénients que de bénéfices. L'arrêt du traitement peut aussi présenter un intérêt

lorsqu'il persiste un doute diagnostique vis-à-vis de l'origine du mésusage. En effet, la prise d'antalgique peut masquer certains symptômes, en particulier psychiatriques, que l'on pourra observer de façon plus nette à l'arrêt de l'antalgique opiacé. En cas de décision d'arrêt, cela doit s'envisager non pas d'emblée, mais plutôt en parallèle, voire même secondairement, à la mise en place de stratégies thérapeutiques qui vont cibler l'origine du mésusage. Cet arrêt peut se faire de différentes manières. Il peut être aussi bien rapide que progressif, en hospitalisation ou en ambulatoire. Ce qui peut nous guider dans la manière de procéder est principalement le confort du patient et le degré d'urgence à effectuer l'arrêt.

12.5. Conclusion. Douleur, addiction et mésusage des opiacés : se coordonner entre spécialistes

La prise en charge de la douleur chez le patient atteint d'un cancer est primordiale et l'utilisation des antalgiques opiacés doit pouvoir se faire lorsqu'il y en a l'indication. Il n'existe pas de caractéristiques psychologiques, psychiatriques ou addictologiques qui contre-indiquent *a priori* leur utilisation. Cependant, il existe un risque de mésusage, qui est variable d'une personne à l'autre (Tab. 1). Il doit être évalué individuellement. Le mésusage, ou mauvaise utilisation des antalgiques opiacés par le patient, est un symptôme non spécifique, qui doit être analysé pour en déterminer la causalité médicale. La compréhension des étiologies permet d'en faire la prévention et la prise en charge si avérées. Les opiacés ont

plusieurs effets, en plus de l'antalgie et de ses conséquences, lorsqu'ils ne sont pas anticipés, ils peuvent être la source du mésusage apparent. L'effet d'apaisement sur l'anxiété et le désarroi qui existe dans les troubles anxieux et de l'humeur peuvent faire qu'un patient douloureux utilise son antalgique opiacé pour traiter son trouble psychiatrique comorbide. Chez les personnes sensibles à l'effet euphorisant, un trouble de l'usage (ou addiction) peut se développer. Lorsqu'un mésusage est avéré, la prise en charge spécifique et simultanée de chaque étiologie, qu'elle soit de l'addiction ou un trouble psychiatrique, doit alors être mise en place sans délai, concomitamment à la prise en charge de la dou-

Tableau 1 - Addiction et douleur : une association fréquente, des idées reçues et des oublis. Adapté de Volkow, McLellan 2016 (6), Cheatle et al. 2017 (26).

DES IDÉES REÇUES

Les personnes utilisant les opiacés à titre récréatif, qu'ils aient ou non une addiction, n'ont pas besoin d'opioïdes pour leur douleur car ils en consomment déjà par ailleurs.

Au contraire, les usagers d'opiacés, surtout avec addiction, sont à risque d'avoir un seuil douloureux physiologiquement abaissé. Ne pas en tenir compte peut amener ces personnes à chercher à se soulager avec les moyens antalgiques à leur disposition, donc en auto-médication, et avec potentiellement des produits ou des médicaments plus addictogènes. Ainsi, on risque non seulement de les amener à prendre des risques en s'automédiquant, mais aussi de les contraindre à faire usage de substances dont ils cherchent par ailleurs à s'éloigner.

Outre l'abaissement du seuil douloureux, il peut exister une hyperalgésie induite par les opiacés, le phénomène de tolérance, et une fréquence plus importante de maladies sources de douleurs du fait des conséquences de l'addiction. Cela nous apprend qu'il est donc important d'entendre les plaintes douloureuses chez ces patients en particulier, car ils ont des besoins en antalgiques supérieurs à la population générale.

La douleur protège les patients de l'addiction à leurs opioïdes de prescription.

Cette idée reçue peut mener à une sur-prescription de traitements, un sous-repérage des comportements addictifs avec leurs traitements et à un retard de prise en charge en cas d'addiction. Les données actuelles montrent que les patients douloureux chroniques peuvent développer une addiction même lorsqu'ils utilisent les traitements tels qu'ils sont prescrits par leur médecin.

Un patient douloureux qui présente des symptômes d'addiction devient manipulateur.

Cette idée reçue s'appuie sur le fait que la douleur étant subjective, un patient souffrant d'addiction pourrait aisément nous manipuler pour obtenir une prescription illégitime d'antalgiques. Ces patients qui souffrent d'addiction peuvent en effet avoir des attitudes et des comportements en apparence manipulateurs. En réalité, ces comportements ne sont pas intentionnels, mais plutôt guidés par le *craving* et la perte de contrôle. Dans le cadre d'une plainte douloureuse, il faut savoir identifier chez des personnes qui souffrent d'addiction, si elles sont stabilisées ou non, et optimiser la prise en charge de leur addiction. Cela ne contre-indique pas la prise en charge de la douleur par des médicaments, y compris des opioïdes. De plus, des signes objectifs peuvent être recueillis dans le cadre de la douleur, comme la posture, la mimique, le discours, qui doivent former un ensemble cohérent avec un éventuel chiffrage de la douleur à l'aide d'une échelle numérique. Ainsi, garder notre sens de l'observation, tant sur le plan de la douleur que sur le plan de l'addiction, peut nous permettre de traiter correctement la douleur de ces patients.

Il suffit d'être exposé aux opioïdes pour devenir dépendant.

Cette idée reçue peut conduire à sous-prescrire ces traitements ou à sous-doser les patients douloureux ce qui peut amener à des comportements de pseudo-addiction (cf. paragraphe 3). En réalité, l'addiction résulte d'une combinaison de facteurs individuels, comportementaux et liés aux produits, et pas de la simple prise du produit. Il est par contre vrai qu'on les expose au phénomène de "dépendance physique" ou "pharmacologique", qui se traduisent par les phénomènes de tolérance et de sevrage, à ne pas confondre avec l'addiction. La distinction est importante dans le cadre du mésusage puisque la prise en charge qui en découle sera différente : ajustement thérapeutique de l'opiacé en cas de dépendance pharmacologique (changement de classe thérapeutique, modification de posologie, ou arrêt par exemple), mise en place d'un traitement et d'une prise en charge ciblant le *craving* et la prévention de la rechute en cas d'addiction.

Les traitements d'aide au maintien de l'abstinence (méthadone, buprénorphine) sont des substituts aux opiacés.

Leur utilisation dans l'addiction aux opiacés et leurs récepteurs cibles peut conduire à penser que ce sont simplement des substituts (on remplace une drogue par une drogue). Pourtant, leurs concentrations stables et leur longue durée d'action stabilisent le phénomène de dérégulation du système de la récompense en réduisant durablement le *craving* sans induire d'euphorie ou d'effet addictogène par eux-mêmes.

353

DES OUBLIS

La douleur expose à l'usage de diverses substances autres que les opiacés et à l'addiction.

Un oubli fréquent est que les opiacés ne sont pas les seules substances à avoir un effet antalgique et l'addiction aux opiacés n'est pas le seul élément de l'interaction douleur et addiction. L'usage du tabac, de l'alcool, du cannabis à des effets antalgiques, de même que certaines pratiques comme l'activité physique, les jeux d'argent, l'alimentation. En cas d'addiction, et de pathologie avec douleur, le risque de passage d'une addiction à l'autre est augmenté, car l'usage peut-être dépendant d'une recherche d'antalgie, comme d'une recherche d'apaisement du *craving*. Ainsi, une antalgie insuffisante peut se traduire par une augmentation de la consommation de tabac ou d'alcool. De même un contrôle insuffisant d'un *craving* au tabac ou à l'alcool peut se traduire par une sur-consommation d'antalgiques opiacés pour contrôler l'usage de l'alcool ou du tabac. L'enjeu est important chez le patient atteint de cancer.

L'usage de substances psycho-actives avec ou sans addiction expose à la douleur.

En modifiant l'expérience subjective des individus en contexte d'intoxication, ou de sevrage, et en exposant à diverses complications somatiques, l'usage de substance psycho-actives expose à l'expérience de la douleur. Les données actuelles montrent que les individus souffrant d'addiction sont plus douloureux que la population générale.

leur. L'intrication de ces différentes problématiques pouvant rendre l'évaluation et la prise en charge du mésusage complexe, nous remarquons que les compétences de différentes spécialités devraient être réunies pour décider de la conduite à tenir. Il y a un intérêt à développer des temps d'échange et de coordination entre spécialistes de la douleur, de la psychiatrie et de l'addictologie, mais également avec

les soignants de première ligne, éventuellement sous la forme de réunions de concertation pluridisciplinaires, ou de *staff* partagés. Ce type d'échange pourrait permettre d'individualiser au mieux les prises en charge en facilitant la mobilisation des ressources disponibles localement pour prendre en charge ces patients.

Les auteurs remercient Dr Louise Jakubiec pour sa relecture et ses commentaires très utiles pour cette 2^e édition.

Bibliographie

1. O'Brien CP et al. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2006 ; 163 : 764-5.
2. Rolland B et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. *Rev Med Interne* 2017 ; 38 : 539-46.
3. Brady KT et al. Prescription opioid misuse, abuse, and treatment in the united states: an update. *Am J Psychiatry* 2016 ; 173 : 18-26.
4. Cheatle MD. Facing the challenge of pain management and opioid misuse, abuse and opioid-related fatalities. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2016 ; 9 : 751-4.
5. Gelot B et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. Rolland B et al. *Rev Med Interne* 2017 ; 38 : 539-46 (lettre à l'éditeur). *Rev Med Interne* 2018 ; 39 : 445-6.
6. Volkow ND et al. Opioid abuse in chronic pain--misconceptions and mitigation strategies. *N Engl J Med* 2016 ; 374 : 1253-63.
7. Wu K et al. F. Cancer pain and addiction – managing a dual diagnosis. *J Fam Med* 2016 ; 3 : 1066.
8. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5. Washington DC : APA, 2013.
9. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (traduction française, Masson). Washington DC : APA, 1994.
10. Auriacombe M et al. Diagnosis of addictions. In : *The Routledge handbook of the philosophy and science of addiction*. Routledge : Pickard H, Ahmed S, editors, 2017 ; 132-44.
11. Auriacombe M et al. Le craving : marqueur diagnostic et pronostic des addictions ? In : Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin H-J, editors. *Traité d'addictologie* (2e édition). Paris : Lavoisier, 2016 ; 78-83.
12. Serre F et al. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2015 ; 148C : 1-20.
13. Fatseas M et al. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction* 2015 ; 110 : 1035-42.
14. Gazel C et al. Quels changements pour les addictions dans le DSM 5 ? *Lettre Psych* 2014 ; 10 : 50-3.
15. Wax P et al. Withdrawal syndromes: opioid withdrawal. In: Irwin R, Rippe J, editors. *Irwin & Rippe's intensive care medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
16. O'Brien CP. Review. Evidence-based treatments of addiction. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B. Biol Sciences* 2008 ; 363 : 3277-86.
17. Fatseas M et al. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie In: Lejoyeux M, editor. *Abrégé d'addictologie*. Paris: Masson, 2009 ; 62-8.
18. Auriacombe M et al. Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In: Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin H-J, editors. *Traité d'addictologie* (2^e édition). Paris : Lavoisier, 2016 ; 307-10.
19. O'Brien CP. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 1423-31.
20. Auriacombe M et al. Réduction des risques, gestion des dommages, soins de l'addiction. Comment s'y retrouver et faire au mieux ? Soyons responsables : simplifions ! *Alcool Addict* 2017 ; 39 : 99-100.
21. Aubin HJ et al. Implication pour l'alcoolologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcool Addict* 2013 ; 35 : 309-15.
22. Weissman DE et al. Opioid pseudoaddiction-an iatrogenic syndrome. *Pain* 1989 ; 36 : 363-6.
23. Lee M et al. A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. *Pain Phys* 2011 ; 14 : 145-61.
24. Franques P et al. Sensation seeking as a common factor in opioid dependent subjects and high risk sport practicing subjects. A cross sectional study. *Drug Alcohol Depend* 2003 ; 69 : 121-6.
25. Swendsen J et al. Individual vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci* 2011 ; 1216 : 73-85.
26. Cheatle MD et al. Low risk of producing an opioid use disorder in primary care by prescribing opioids to prescreened patients with chronic noncancer pain. *Pain Med* 2017 ; 19 : 764-73.