

# **Douleur(s) et Addiction aux opiacés**

## **Introduction**

**14 octobre 2009, THS 9, Biarritz**  
**Société d'Addictologie Francophone**

**Pascal COURTY, MD, PhD**  
**CSST SATIS**

**CHU G.MONTPIED CLERMONT-Fd**

# Question de départ

- Se recentrer sur le patient et son vécu (la clinique !) plutôt que sur la théorie seule
- Même si les connaissances théoriques et l'expérience croisée du thérapeute et du patient sont primordiales
- Quels sont les liens entre le vécu d'un patient douloureux chronique et celui d'un patient dépendant des opiacés?

# Le traitement de la douleur

- 1953: John Joseph Bonica « The management of pain »=> nécessité d'équipes pluridisciplinaires
- 1961: Création des Pain Clinics Washington
- Mai 1973: Théorie du gate control => Réunion à Seattle de 350 spécialistes => création de l'International Association for the Study of Pain et de la revue Pain
- 1995: 1<sup>er</sup> texte français Neuwirth
- 1998: 1<sup>ère</sup> campagne "la douleur n'est pas une fatalité"
- Mars 2002: Soulagement de la douleur : droit fondamental du malade

# Généralités

- Les liens de causalité unissant les phénomènes douloureux et la dépendance majeure aux opiacés sont complexes et bidirectionnels.
- Dans la population générale, la prévalence de la douleur en soins primaires a été évaluée à 22 % (Gureje et al. JAMA, 1998)
- Enquête santé Magazine (été 2009): Plus d'un français sur trois se plaint de douleurs aiguës ou chroniques (dont 60 % mal de dos)
- Si > 65 ans, plus d'une personne sur deux vit avec des douleurs

# Généralités

- 84,7 %des personnes souffrantes ont consulté.
- Pour soulager leur douleur, les Français interrogés citent:
  1. Les anti-inflammatoires (42,3%)
  2. Le paracétamol (29,1%)
  3. La kinésithérapie (15,9%)
  4. L'aspirine (11,7%)
  5. L'ostéopathie (7,2%)
- Le recours à l'acupuncture (2,8%) ou à l'hypnose (0,6%) reste rare.
- Près des trois quarts de ceux qui souffrent estiment que leur traitement les a soulagé : 41,6% tout fait bien soulagés ; 32,9% assez bien soulagés

# La douleur est partout un phénomène commun, fréquent

- Aux USA, 90 % disent souffrir de douleurs
- 1er motif de consultation dans la population générale
- 33 % disent souffrir de douleurs chroniques
- La douleur chronique est la première cause de handicap (disability)
- Plus de 60 % des patients sous Méthadone souffrent de douleurs
- Plus de 40 % des abuseurs d'opiacés ont des douleurs

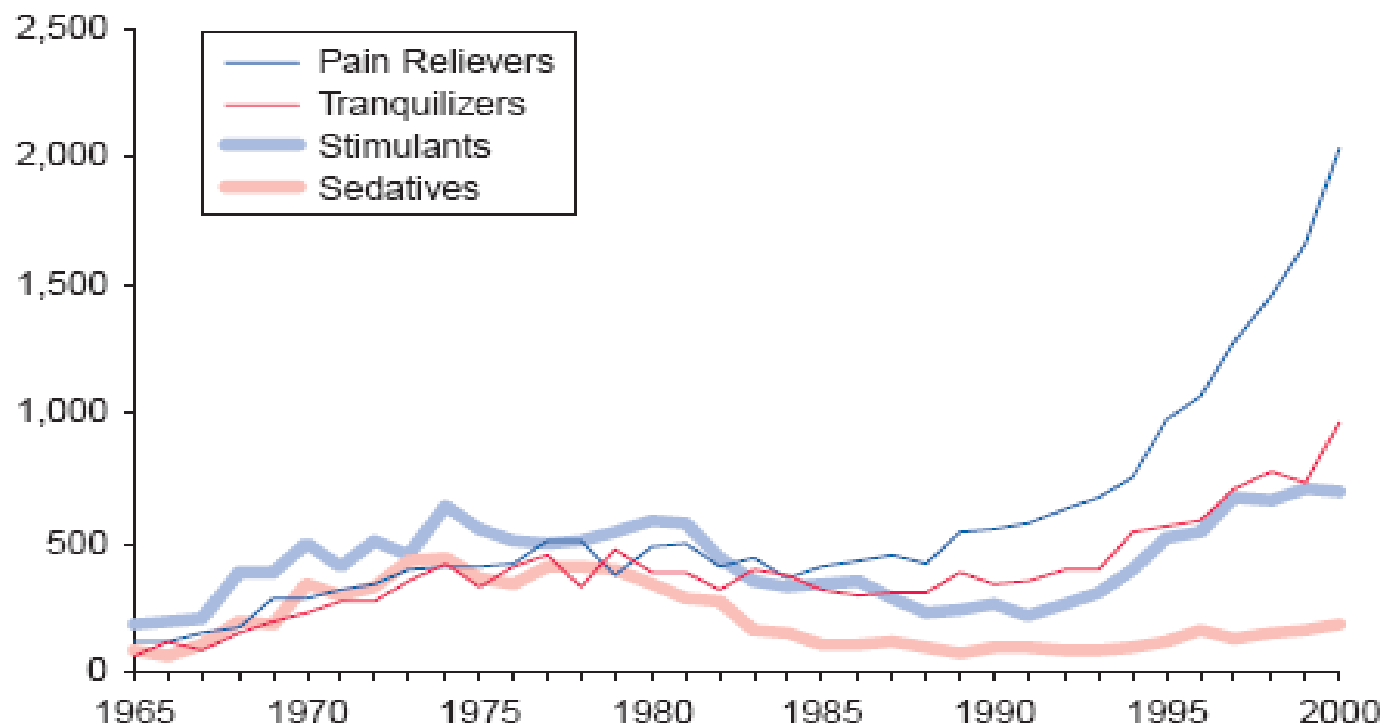
# Toujours aux USA

- Plus de 15 millions de Nord Américains ont été dépendants des opiacés et de psychotropes en 2003
- De 1992 à 2003, l'abus de « prescription drugs \* » a doublé et a connu une progression 2 X plus rapide que la marijuana, 5 X plus que la cocaïne et 60 X plus que l'héroïne
- Parmi les adolescents, cet abus a triplé, un adolescent sur 10 ayant déjà expérimenté

\*Prescription drugs: pain relievers, tranquilizers, stimulants, and sedatives.

# Usage non médical de « Prescription-Type Drugs » parmi les 12-25 ans NHSDA, 2003

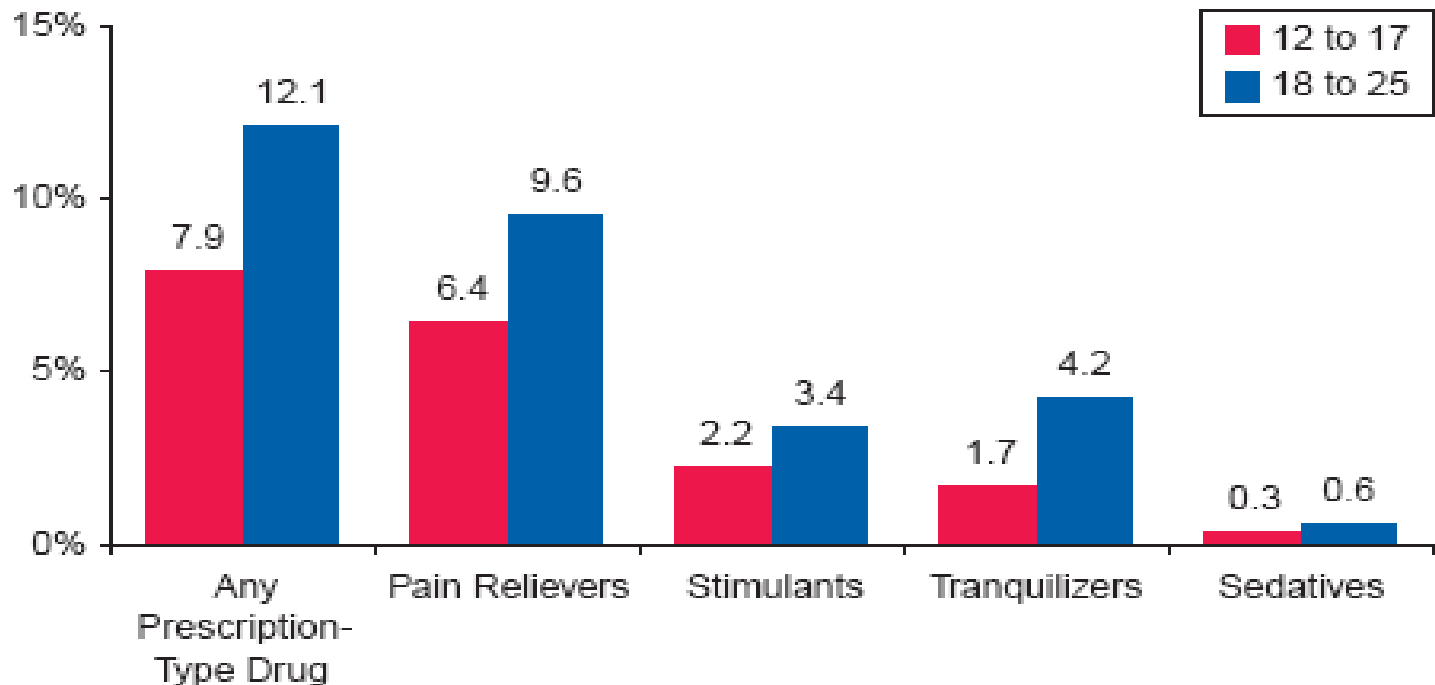
Figure 1. Annual Numbers of New Nonmedical Users of Prescription-Type Drugs, by Drug Category: 1965–2000





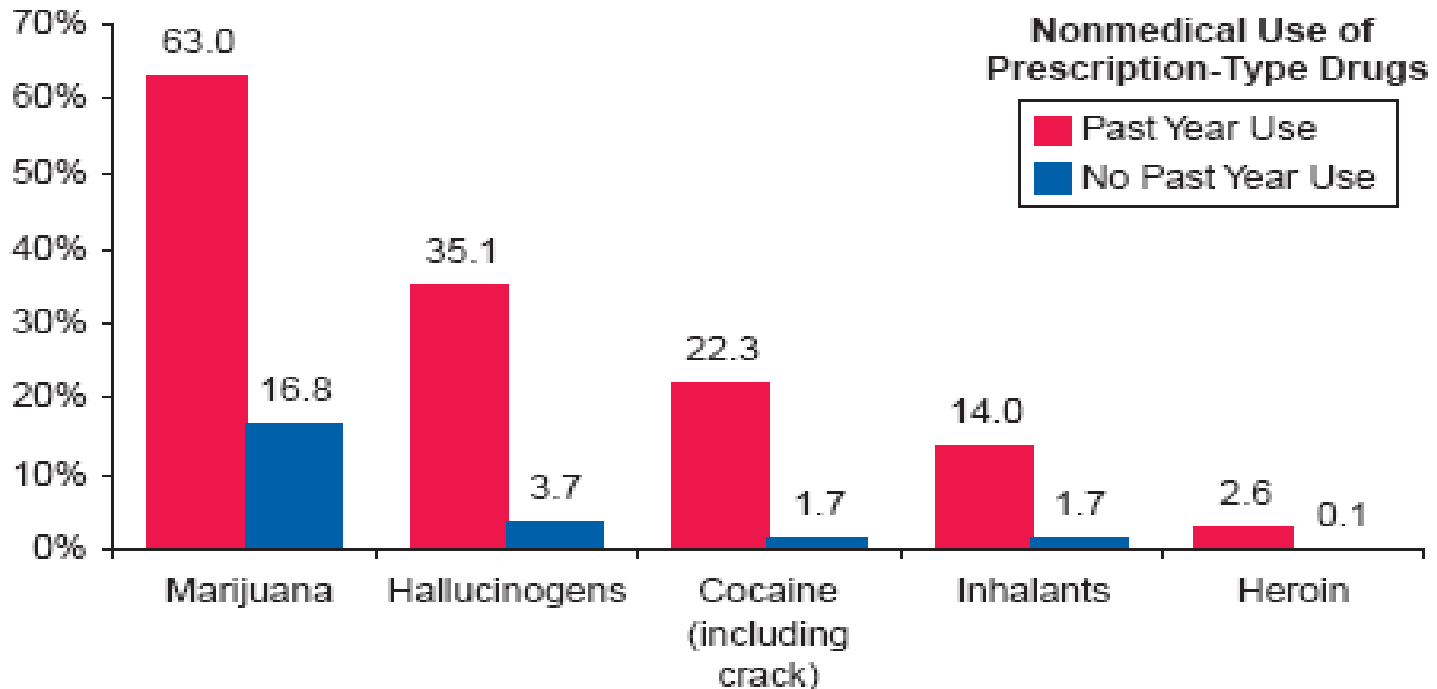
# NHSDA, 2003 suite

Figure 3. Percentages of Persons Aged 12 to 25 Reporting Past Year Nonmedical Use of Prescription-Type Drugs, by Age Group and Drug Category: 2001



# NHSDA, 2003 suite

Figure 4. Percentages of Persons Aged 12 to 25 Reporting Past Year Use of Selected Illicit Drugs, by Nonmedical Use of Prescription-Type Drugs: 2001



# Douleur et addiction aux opiacés

- Peut être vue comme la résultante de
    1. Sous traitement de la douleur
    2. Augmentation de la disponibilité des opiacés
    3. Augmentation de leur prescription
- => Nécessité de compétences croisées dans le domaine du traitement de la douleur et de la dépendance aux opiacés

# Compétences croisées

- Nécessité de prise en compte
  1. Les douleurs sont sous (ou mal) évaluées
  2. Les traitements inappropriés ont des effets secondaires rédhibitoires
  3. Les « petites » et les « fortes » doses sont tout aussi néfastes
  4. Chacun a « ses » propres recettes de cuisine mais peu de références « Evidence Based » existent
- => Quelles peuvent être les bonnes pratiques en sachant que ceux qui voient les patients les plus « douloureux » sont les addictologues ?

# Les opiacés: Janus thérapeutique

## De l'apaisement de la douleur à l'addiction

- Soulage la douleur
- Soulage la douleur et la souffrance
- Soulage la souffrance et la détresse
- Vous font sentir mieux
- Vous font sentir bien
- Vous font sentir « vraiment » bien

# L'addiction

- L'addiction est un phénomène complexe, aux origines multiples, que l'on peut cependant définir de la manière suivante : la perte de la liberté de s'abstenir de prendre un produit en dépit de la connaissance de son caractère nocif.
- A laquelle on peut ajouter comme codicille dû à Alan Leshner « *L'addiction ça n'est pas prendre beaucoup de drogues c'est prendre des drogues et vivre comme un drogué* »

# Caractéristiques de la douleur

- La définition de l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (1979) illustre bien le caractère pluridimensionnel et plurifactoriel de la notion de douleur : "***La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage.*** »
- C'est toujours une expérience subjective, colorée par les apprentissages antérieurs et les motivations actuelles.
- Une douleur psychogène, sans lésion objective, est aussi légitime qu'une douleur physique !

# Douleur aiguë vs. Douleur chronique

- La douleur aiguë est rattachée à un événement (une chute par ex.)
- Son soulagement est espéré dans un délai rapide (jours ou semaines)
- Sa cause n'est pas toujours identifiée
- Elle entraîne des modifications du SNC
- Il ne s'agit pas d'épisodes de douleur aiguë à répétition



# Douleur aiguë vs. Douleur chronique

- La douleur aiguë est une sensation et permet de répondre à « De quoi souffre le patient ? » C'est un indicateur de survie immédiate
- La douleur chronique ne sert à rien, elle est devenue une façon de vivre « Quel type de patient a cette douleur ? » Les douloureux chroniques souffrent pour rien

# Quand la douleur devient chronique

- Les traitements ne marchent plus
- Le patient perd confiance dans son médecin
- Le patient est accusé de ne pas aller mieux
- Il devient « dépendant » des autres pour des actes habituellement faciles à réaliser
- Le patient se sent délaissé quand les autres ne peuvent pas tout faire à leur place
- Le patient devient anxieux, colérique et déprimé
- Le patient adopte le « vécu » d'un douloureux chronique

# Idées reçues sur les patients dépendants des opiacés

La douleur aiguë est une menace pour l'équilibre souvent précaire du patient dépendant substitué augmentée par les idées reçues sur la douleur

- ❑ *Ces patients ne connaissent pas la douleur*
- ❑ *Ils n'ont pas besoin d'opiacés car ils ont déjà des doses importantes de morphiniques*
- ❑ *Les traitements antidouleurs ne fonctionnent pas chez les patients substitués*
- ❑ *On ne peut pas prescrire légalement plus de traitement*
- ❑ *Les traitements de la douleur entraînent immanquablement des rechutes.*

# La douleur chez les patients dépendants des opiacés

En réalité,

- Les patients sous TSO font l'expérience de la douleur
- Ils connaissent à la fois la tolérance aux opiacés et l'hyperalgésie comme le prouvent des scores plus élevés concernant la douleur
- Leur douleur répond aux traitements opiacés
- Ils ont besoin d'opiacés de base (dette en opiacés)
- Ils nécessitent de plus fortes doses, une fréquence et une durée d'administration plus élevée

# Conclusions introductives

- De la recherche (Noble, Bounés) à la pratique
- Patients sous MET et sous BUP n'ont pas les mêmes réactions (Authier, Courty) et donc le traitement de leur douleurs et de leur anesthésie sont différents (Dualé)
- Les patients doivent être **IMPERATIVEMENT** associés à l'élaboration des protocoles qui doivent être souples et adaptés
- Les plus grandes réticences et idées reçues viennent des **PRESCRIPTEURS**